

- 赤枠のみ記入してください。
なお、※欄は記入しないこと。

医療費請求書(歯科用)

様式第1号の2

平成 年 月度

福井工業大学学生健康保険組合

組合員 (学生本人) 記入欄	下記の医師の記入に基づき医療費の給付を請求します。				理事長	副理事長	理事	係	受付
	平成 年 月 日								月 日
	氏名 (印) 男女				下記の通り請求があったので給付してよろしいか伺います。				
	大学院・工学部				10円 × (点) = 円のうち				
	学科 専攻 年				円 × 100分の30 = 円				
	学生証番号 - -				円 × 100分の20 = 円				
	現住所 携帯 - -				合計 円に対して 円				
	住居別 自宅・寮・下宿・その他()				前回までの給付額累計 円				
	※ 金 円也を領収しました。 平成 年 月 日 氏名 (印)				※ 今回の給付決定額 円				
					● 医療機関へのお願い				
医師 記入欄	診察料		初診・時間外・深夜	点	1、診療は現行の社会保険に準じ、その診療報酬点数表を準用して下さい。 診療費は本人より自己負担額を徴収して下さい。				
			再診その他	計 点					
	治療等		社会保険の適用を受けるもの	計 点	2、この医療費請求書(兼領収証明書)は1ヶ月に1回その月分をまとめて記入のうえ本人にお渡し下さい。				
	その他		社会保険の適用を受けないもの	計 点					
	合計 点 円				領収証(自己負担)				
	内社会保険等への請求額 円								
	傷病名(部位)								
	診療期間 自 年 月 日 至 年 月 日 診療実日数 日				____月分 医療費 円也				
	備考				左記内訳のとおり領収しました。 平成 年 月 日				
					住所 医療機関名 医師の氏名 (印)				
				利用した社会保険 管掌別 国・共・政・組・日・船・自					