

医療費給付申請書

下記のとおり、医療費の給付の申請をいたします。

学生記入欄A	申請	令和 年 月 日 ()		
	所属	学部 大学院 コース 学科 年		
	フリガナ 氏名	(印)	学籍No.	
	住所	〒 Tel(携帯) — —		

◎申請時には記入欄AとBの太枠のみ記入すること

学生記入欄B	令和 年 月 分		
	※同じ病院・薬局が複数回の場合、1行にまとめて記入してください。		
		病院・クリニック・歯科・薬局名	領収書 枚数
	医科	①	
		②	
		③	
	歯科	④	
		⑤	
		⑥	
	薬局	⑦	
		⑧	
		⑨	

◎大学担当者記入欄

前月までの給付額累計 <年間最高給付額100,000円>		
今月の保険適用自己負担金 <1医療機関38,000円以下>	給付額: 左の6割 <1医療機関21,000円以下>	給付額の計
① 円	円	医科: ①+②+③=A
② 円	円	円
③ 円	円	
④ 円	円	歯科: ④+⑤+⑥=B
⑤ 円	円	円
⑥ 円	円	
⑦ 円	円	薬局: ⑦+⑧+⑨=C
⑧ 円	円	円
⑨ 円	円	
A+B+C= 円 …ア		
・ア≤50,000円ならば、それが給付決定額となる。 ・ア>50,000円ならば、決定給付額は50,000円となる。		
◎ 当月の決定給付額 <月間最高給付額50,000円> 円		

◎記入欄Cは給付金受領時に記載すること

学生記入欄C	金 円也を領収しました。
	令和 年 月 日
	氏名 (印)

◆申請書の書き方と申請時の注意事項

- 本申請書は、1ヶ月に1回、その月分をまとめて記入し、必ず領収書の原本またはコピーを添付して下さい。
※領収書は、氏名・診療年月日・医療機関名称・医療機関の領収印・保険診療点数・領収額(自己負担額)が記載されたものに限りです。
- 申請時には学生記入欄のAとBを、給付金受領時には学生記入欄Cを記載して下さい。
- 月間最高給付額は50,000円、年間最高給付額は100,000円です。
- 本申請書は、医療機関等を受診した月の翌月の締め日までに提出してください。申請書は一ヶ月分ずつ分けて提出して下さい。
本申請書は診療月より3か月以内に提出してください。それより前の申請は受付できません。
- 医療費給付申請書の提出は、原則毎月10日が締め切りです。10日が土日、祝日の場合は前日になります。
- 年度をまたいでの申請はできません。ただし、4月10日締切分の申請(3月分)の場合のみ前年度分の申請が可能です。締切を過ぎた場合は受付できません。
- 給付金支払いは、毎月22日から月末です。(22日が土日、祝日の場合は23日以降になります)
FUTタワー1階の出納窓口にてお受け取り下さい。※日曜日、祝祭日、学園休業日、学生の夏・冬季の休業期間を除く
- 給付金受け取り時は、受取券・学生証・印鑑を必ずご持参下さい。
- 給付金は支払い開始後1か月以内に受取りに来てください。1年以上受取がない場合は組合費に返還します。

◎本申請書に記入いただいた個人情報、医療費給付処理に利用するのみで、それ以外には一切利用しません。

福井工業大学学生健康保険組合