

通院

医療費領収証明書

(京都産業大学学生健康保険互助会用)

互助会受付印

※医療機関発行の領収書が添付できる場合は下欄は記入不要です。

医療 機 関 等 記 入 欄	年 月 診療分		保険医療機関等名称及び所在地		
	当月診療実日数 日				
	受診者				
	診療報酬 合計点数 点		本人からの 領収額	保険適用分 円	保険適用外 円

医療機関へのお願い

本互助会は、学生の相互扶助により、医療費自己負担分（保険診療分）の給付を行っておりますので、医療費の領収について証明してください。

1. 医療費領収証明書は、1か月の診療分をまとめて記入のうえ、本人にお渡しください。
2. 診療報酬の合計点数が表示できない医療機関は、本人からの領収額の保険適用分および保険適用外の金額を記入してください。ただし、診療報酬点数の合計点数が記入できる医療機関は、本人からの領収額の保険適用分のみ金額を記入いただき、保険適用外金額の記入は要りません。

本 人 記 入 欄	学部・研究科	年次	学生証番号				フリガナ	受付番号	
							氏名		
	携帯電話：	-	-	居住 形態	1	自宅	傷病名	領収書枚数	
	電 話：	-	-		2	自宅外			
					3	大学寮			枚
受 傷 状 況	負傷の場合のみ記入してください。(負傷日： 年 月 日)								
	<input type="checkbox"/> 正 課 中	(科目名：			場所：	原因：)			
	<input type="checkbox"/> 大学行事中	(行事名：			場所：	原因：)			
	<input type="checkbox"/> 学校施設内	(場所：	原因：)			
	<input type="checkbox"/> 課外活動中	(団体名：			場所：	原因：)			
	<input type="checkbox"/> 交通事故	(相 手： 有 ・ 無			場所：	原因：)			
	<input type="checkbox"/> そ の 他	(場所：	原因：)			
金 融 機 関 振 込 先	前回と同じ・新規・変更 (該当するものに○印をし、新規・変更の場合は下欄に記入してください。)								
	信用金庫 銀 行			支 店 本 店 出 張 所		銀行番号		支店番号	
	口座名義(カタカナ)			口座番号(右づめ)					

学生への注意事項

1. 歯科診療、眼鏡およびコンタクトレンズ購入のための検診は対象外となります。
2. 金融機関振込先が新規・変更の場合は振込先が確認できるものを持参してください。
3. Web申請後、本人記入欄を記入し、学生証を持参のうえ、学生支援センター窓口にて提出してください。
4. 医療機関発行の領収書 (医療機関名、本人氏名、診療日、保険適用金額が記載されているもの・コピー可) を添付、または医療機関で証明を受けてください。
5. 医療費領収証明書は、受診月の翌月末日までに学生支援センターへ提出してください。
郵送の場合は学生証(表面)のコピーを必ず同封してください。受診月の翌月末日の消印有効です。
6. 領収額的全額が給付されない場合があります。不明な点は学生支援センターに問い合わせてください。
7. 医療費領収証明書等の氏名、学生証番号、傷病名、振込口座等の申込事項は医療費給付手続のために利用します。これらの個人情報医療給付手続以外には利用しません。

*****学生支援センター使用欄*****

- 区 分 (ア イ ウ エ オ)
- 合 算 (No.)
- 対象外 ()
- その他 ()

医療費合計	学研災保険金	給付金決定額
円	円	円