医 療 費 給 付 申 請 書

＜組合員への注意＞

1. 本人記入欄に記入・押印のうえ、領収書のコピーと一緒に提出してください。
2. 申請書の提出期限は、診療月の翌月末日です。
3. この申請書に記載の事項は医療費給付のために利用し、これらの個人情報は医療給付手続以外には利用しません。

本人記入欄	学籍番号	フリガナ		
		氏　名		印
	連絡先 携帯 — —		ケガの場合のみ記入してください。 □ 正課中　（授業名：　）	
	連絡先 自宅 — —		□ 課外活動中（クラブ名：　） □ 学校施設内（場所：　） □ 交通事故　（相手：　有　・　無　） □ その他　（　）	
	金融機関振込先	※申請ごとに必ず下の欄に振込先を記入してください。記入間違いで振込ができなかった場合、訂正手数料は申請者の負担となり申請金額から差し引くこととなります。		
	銀行名	銀行コード	記入例の通り数字を記入してください。 口座番号	数字の記入例：0123456789 ※「0」や「6」、「1」や「7」の違いを分かりやすく記入すること
	支店名	支店コード	口座名義（カタカナ）	

＿＿月診療分

必ず記入して下さい⇒

（医療費領収証）合計＿＿件

【医療費給付申請の注意事項】

下記項目をご確認の上、チェックボックスに ✔ を入れて下さい。

- □ 診療月の翌月末日までの提出となっていますか？
- □ 添付の医療費領収証は、すべてコピーですか？（原本不可）
- □ 添付の医療費領収証（コピー）はすべて同一月のものですか？
- □ 振込先が正しく記入されていますか？
- □ 振込先の口座名義は「カタカナ」で記入されていますか？

【申請書提出方法】

学生生活課窓口に直接提出する、又は、下記宛に郵送して下さい。

※ 郵便物の紛失については、大学側は一切責任を負いません。
ご心配な方は、追跡可能な郵送手段（簡易書留・レターパック等）をお勧め致します。

〒574-8530　大阪府大東市中垣内３－１－１　大阪産業大学　学生健康保険互助組合

【この件に関する問い合わせ先】

学生生活課（直通）　TEL　072-875-3068
受付時間／月曜～金曜日　9：00-17：00

※互助組合記入欄（ここには何も記入しないで下さい）

医療費給付対象の保険点数：＿＿＿＿点

医療費給付対象の給付額　：＿＿＿＿円