

学生健康保険

医療費給付申請書

※**学研災**とは異なります

＜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(原本不可)と一緒にまとめて月に1度のみ提出してください。
2. 申請書の提出期限は、診療月の翌月末日です。 ※振込は診療月の翌々月下旬ごろです。
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~~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 — — 自宅 — —		ケガの場合のみ 記入してください(学研災対象判断の為) <u>学研災申請・・・(済 ・ 未) ←丸をつける</u> ☐ 正課中 (授業名：) ☐ 課外活動中 (クラブ名： ※サークル不可) ☐ 学校施設内 (場所：) ☐ 交通事故 (相手： 有 ・ 無) ☐ その他 ()				
				※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(880 円)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。	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	
				口座番号	01 23 45 67 89			
金融機関振込先	支店名	支店コード	口座名義 (カタカナ)	※振込先は、本人名義もしくは家族名義に限ります。				

必ず記入してください。→

【医療費給付申請の注意事項】

月診療分

(医療費領収証) 合計 件

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？
- ☐ 添付の医療費領収書は、同一月分ですか？すべてコピーですか？（原本不可）
- ☐ 振込先の口座名義は「カタカナ」で記入されていますか？消えるボールペン×
- ☐ 歯科・アルバイト中のケガ・マッサージ・文書料・食事療養費・
コンタクト処方（検査は○）は対象外です。保険適用分のみが対象になります。
- ☐ 限度額は半期ごと（6 か月間）75,000 円、年間 150,000 円までです。

【申請時の不備について】

申請書等に不備がある場合、学生生活課よりポータルの「おしらせ」またはお電話にて連絡します。
連絡があった際は、速やかに対応のほどお願いいたします。ご対応がない場合申請を取り消すことがあります。

【申請書提出方法】

学生生活課窓口へ直接提出もしくは下記宛に郵送して下さい。郵送事故等、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

https://www.osaka-sandai.ac.jp/campuslife/student_life/support.html

ここには何も記入しないでください 対象保険点数：_____点 対象保険金額：_____円