

学生診療費扶助申請書

学部・学年	医・歯・薬・保（看・理・作）学部 大学院 医・歯・薬 学研究科 （ 教室）	学生課記入欄	
		大	
		東	
		歯	
		藤	
学生証番号		リハ	
申請者氏名		北	
連絡先（携帯電話）	（ ）	豊	
		烏	
振込銀行名	銀行 信金 信組農協 その他	交付処理月 20 年 月末	
支店名	支店		
預金種目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ・ 他		
口座番号		学生課受付印・受付者印	
口座名義（カタカナ）			
診療期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		
入院・外来区分	① 円 ② 円		
診療費負担合計	円 領収書合計 枚		
高額療養費該当	有 ・ 無	大学給付金額 円	

上記の口座へ支給願います。

20 年 月 日 昭和大学学生部長 殿

学生診療費扶助申請書（控）

学部・学年	医・歯・薬・保（看・理・作）学部 大学院 医・歯・薬 学研究科 （ 教室）	交付処理予定月	
		20 年 月末	
申請者氏名		学生課受付印・受付者印	
診療期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		
入院・外来区分	① 円 ② 円		
診療費負担合計	円 領収書合計 枚		

※ 色塗りの部分は学生課で記入します。

※ 病院の領収書（原本）と預金通帳またはキャッシュカードのコピーを添付して下さい。

※ 申請月の翌月末に（ガク）ショウワダイガクと明記され、銀行振込まれます。

※ 入金確認後はこの控えを破棄して結構です。（学生課から入金との連絡は致しません。）

※ 在学期間中に受診したものであれば、受診日から2年間請求できます。

ただし、請求時に卒業や退学などで在籍していない場合は請求の対象外となります。

また、受診した月が異なっても、一枚の用紙で申請可能です。