

## 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	
学生証番号		藤	
フリガナ		リハ	
申請者氏名		北	
		豊	
連絡先(携帯電話)	(                      )	鳥	
振込銀行名(銀行番号)	銀行・信金・その他 (                      )	【金融機関コードの一例】	
支店名(店番)	(                      )	みずほ銀行:0001 三菱UFJ銀行:0005 三井住友銀行:0009 ゆうちょ銀行:9900	
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	入院                      円    外来                      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

※1ヶ月の診療費合計が25,000円を超える場合、健康保険制度(高額療養費や付加給付制度)による払い戻しが終わっていない場合は申請できません。

上記の口座へ支給願います。

20   年   月   日                      昭和医科大学学生部長 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）	振込予定は受付月の 翌月末です。	
		学生課受付印・受付者印	
申請者氏名			
診療期間	20   年   月   日 ~ 20   年   月   日		
入院・外来区分	入院                      円    外来                      円		
診療費負担合計	円                      領収書合計                      枚		

色塗りの部分以外は全て記入してください。(下段(控)も記入して下さい)

## 【添付書類】

- ①病院の領収書(原本) ※紛失したあとに再発行した証明書では受付できません。  
②預金通帳・キャッシュカードのコピー(ネットバンクの場合は口座番号等がわかる画面を印刷してください)  
③保険証のコピー

## 【注意点】

- ※在学期間中に受診したものは、受診日から2年間請求できますが、原則1か月分毎の申請をして下さい。  
※申請時に卒業や退学などで在籍していない場合は申請の対象外となります。  
※申請月の翌月末に(ガク) ショウワイカダイガクと明記され、振込されます。  
※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。)