

必ず診療月ごとにまとめて1枚の申請書にて申請してください。
同診療月に同一の医療機関を受診した場合であっても複数回に分けて申請書が提出された場合には都度1,000円が控除されます。

早稲田大学学生健康増進互助会 【医療費給付申請書】

2022/04改定

学生(会員)
への注意

- 記入欄(1)・(2)に1ヶ月に1回、その月分(1日～月末)をまとめて記入し、以下の内容が明記された領収証(コピー可)と共に提出してください。【必要項目】氏名・診療年月日・医療機関名称・保険診療点数・領収額(自己負担額)
※領収書のタダコピー・両面コピーは受理できません。
- 診療月の翌月から3ヶ月目の10日までに学生証を持参のうえ、学生健康増進互助会受付窓口に出してください。
※診療を受けた日からではありません。【例】4月に受診⇒7月10日までに提出(期限から遅れた場合は一切受理しません)

※受診情報・本明細書の内容は、学生健康増進互助会の医療費給付処理に利用するのみで、それ以外には一切利用しません。

(太枠内のみ記入)

記入欄 (1)	所属	学部 研究科	年	学籍番号				CD	カナ	
	住所	TEL () - *直接連絡が取れる電話番号をご記入ください (書類不備等の場合に、ご連絡させていただく場合があります)								
記入欄 (2)	202 年			月分 診療						
	医療機関区分	医療機関名 ※同じ病院・薬局に複数回かかった場合、1行だけ記入してください			保険診療点数		保険適用 自己負担金額		レセプト番号	
	1. 医科 (99)	1)			点		円			
		2)			点		円			
		3)			点		円			
	2. 歯科 (96)	1)			点		円			
		2)			点		円			
		3)			点		円			
	3. 薬局 (98)	1)			点		円			
		2)			点		円			
		3)			点		円			

※太枠内のみ記入して下さい。

(保険診療点数／保険適用自己負担金額は互助会事務局で記入します)

※黒または青のボールペンで記入して下さい。

(鉛筆およびフリクションなど摩擦等で消える特殊インキを使用したペンで記載された書類は受理できません)

早稲田大学学生健康増進互助会 TEL (03) 3203-4349

※医療費給付は「本人名義口座」に振込ます。MyWasedaで正しい情報が登録されていることを確認してください。

窓口受領印	備考欄

郵送にて申請する場合のみ「郵送理由書」を提出してください。
(窓口での申請時には不要)
※複数月をまとめて郵送する場合、郵送理由書は1通のみで構いません。

早稲田大学学生健康増進互助会 御中

郵 送 理 由 書

■郵送の理由

該当する理由に✓	郵送の理由
	1. 入院のため
	2. 自宅療養のため
	3. 留学のため
	4. 帰省のため
	5. 就業のため
	6. 新型コロナウイルス感染拡大に備えた対応のため
	7. その他：下記に具体的な理由を記載してください。 _____

■申請者

所 属	学 部 研 究 科
学籍番号	—
氏 名	
住 所	
E-mail	@
捺印/もしくは署名 記入日	印 20____年 ____月 ____日

■学生証コピー貼付欄

ここに学生証のコピー（表面のみ）を貼付してください。