

医療機関へのお願い

本組合は、学生の相互扶助により、医療費の自己負担額の一部を給付しておりますので、医療費領収証明をお願いします。  
 証明書作成に際し、文書料がかかる場合、事前にその旨を本人へ伝えていただきますようお願いいたします。

- この証明書は、1カ月の診療（保険適用の自己負担額）分をまとめて記入のうえ、本人に渡してください。
  - 保険適用額が1,500円以下の場合には記入せず、その旨を本人に伝えて証明書は破棄してください。
  - 保険種目に○印、保険者番号と保険者名称を記入してください。
- ※ 整骨院等の場合は、保険適用の自己負担額を記入してください。

受付日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

福岡大学学生健康保険互助組合												
医療費証明書						(医療機関用)						
医療 機 関 記 入 欄	年 _____ 月 _____ 診療分				保険種目	協	船	国	共	組	他	
	氏名				保険者番号							
	※証明金額は診療報酬点数表を基準とし、 保険診療金額と保険点数を記入してください。				保険者名称							
	保険診療金額 _____ 也 (記入例: ¥3,000.00 也)				傷病名							
	* 外来点数 _____ 点 * 入院点数 _____ 点 ※入院の場合、部屋代・食事代は証明金額から除いてください。											
	上記金額を領収したことを証明する。 年 _____ 月 _____ 日				診療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日							
医療機関名称及び所在地 _____ (印)				外来 _____ 日より _____ 日まで		診療実日数		_____ 日				
				入院 _____ 日より _____ 日まで		_____ 日						

【学生への注意事項】

- 医療費証明書は、保険証で受診した場合のみ申請できます。受診翌月の窓口最終日まで（厳守）に大学へ提出してください。
- 医療費証明書作成費用（文書料）については、給付の対象外です。  
 ※医療機関へ事前に医療費証明書を持参し、作成費用が徴収されるか必ず確認してください。
- 文書料が徴収される医療機関は、点数の記載されている領収書の添付でも申請できます。
- 医薬分業になっている場合、病院・調剤薬局は別々の医療機関であり、各々の医療費証明書が必要です。
- この証明書1件につき1,500円を、入院料については1日300円を控除した額を給付します。  
 ※但し、1カ月分の医療費が80,100円を超えた場合、その超過分は申請の対象となりません。
- 保険診療で適用されない費用、交通事故（自損事故除く）やアルバイト業務中の事故等による医療費、組合員の故意・重大な過失等による医療費等は給付対象外です。詳細は福岡大学学生健康保険互助組合理約施行細則をご参照ください。  
 歯科診療全般については給付の対象外ですが、歯科医院等で治療困難な疾患や外傷による特殊な口腔外科的治療が必要な場合は、福岡大学病院の歯科口腔外科診療分のみ対象となります。なお、外傷による治療の場合は他医療機関においても対象となることがありますので事前にご相談ください。
- 医療給付金の振込は、1カ所の銀行口座（※ゆうちょ銀行不可）です。
- 医療費証明書申請時は、領収書（原本・写し一部）・保険証・学生証・印鑑・学生本人名義の銀行通帳又はキャッシュカード（ゆうちょ銀行不可）を全て必ず持参してください。※コピーでの申請はできません。

※個人情報については、本学において医療給付金の振込(学籍番号・氏名・店番・口座番号)と調査統計(傷病名)のために利用します。不都合がある場合には学生課へ申し出ください。

学 生 記 入 欄	学籍番号				フリガナ				連絡先		携帯電話番号	
					氏名				(印)		( )	
	金融機関 * ゆうちょ銀行不可		銀行		(店番)		※傷病名・病状記入 (例：かぜ、皮膚炎など) 〈ケガの場合、受傷状況を記入すること〉					
	* 学生本人名義のこと		口座番号		支店		①その他 ④課外活動(クラブ名) ②正課体育 ⑤自転車事故 ③正課その他(科目名) ⑥バイク・乗用車事故 原因：(具体的に記入)					
組 合 記 入 欄	医療機関		病種		診療種別						受付番号	
	(1) 福大 (2) 国・公立 (3) 整骨院 (4) その他				①外来 ( ) 日 ③院外処方 ②入院 ( ) 日 ④治療用器具						-	

## 令和5年度 学生健康保険互助組合 医療給付金振込予定表

◆医療費証明書の提出期限は、受診翌月の窓口最終日です◆

	診療月	医療費証明書受付期間	銀行振込日
1回	4月	4月3日(月)～4月28日(金)	6月20日(火)
	4月・5月	5月1日(月)～5月31日(水)	
2回	5月・6月	6月1日(木)～6月30日(金)	7月20日(木)
3回	6月・7月	7月3日(月)～7月31日(月)	9月20日(水)
	7月・8月	8月1日(火)～8月31日(木)	
4回	8月・9月	9月1日(金)～9月29日(金)	10月20日(金)
5回	9月・10月	10月2日(月)～10月31日(火)	11月20日(月)
6回	10月・11月	11月1日(水)～11月30日(木)	12月20日(水)
7回	11月・12月	<b>年内最終受付日</b> 12月1日(金)～ <b>12月27日(水)</b>	令和6年 1月19日(金)
8回	12月・1月	令和6年 1月5日(金)～1月31日(水)	3月19日(火)
	1月・2月	2月1日(木)～2月29日(木)	
9回	2月・3月	3月1日(金)～3月29日(金)	4月19日(金)
10回	3月	4月1日(月)～4月30日(火)	5月20日(月)

窓口業務時間

平日 8時50分～16時50分

※土日祝日・お盆期間・年末年始・大学が指定する日は休みです。