★★★ご注意ください★★★
この医療費領収証は「学生健保のしおり」７ページ「②領収証（必要項目）」に記載されている事項の記載がない、もしくは不足している場合のみ提出が必要です。

＜医療機関（または保険薬局）へのお願い＞

1．１ヵ月分を１枚として、記入欄にもれなくご記入ください。空欄は斜線を引いてください。
2．**修正が行われた領収証（訂正印不可）、学生が１ヶ所でも記入した領収証は無効です。**
3．必ず裏面もご確認のうえ、ご記入ください。
4．記入についてご不明な点があるときは、下部の組合窓口までご連絡下さい。

医 療 費 領 収 証

氏名　　様

年　　月　診療（処方）　保険負担割合　　%

〈記入例〉

記入例①　○月３日　保険分合計 1220 円、保険外 200 円、保険負担割合 30%の場合

日付	保険分合計(円)	一部負担金(円)A	保険外(円)B	領収額(円)A+B	備　考
3	1220	370	200	570	

記入例②　○月５日　保険分合計 1540 円、保険外 0 円、保険負担割合 30%の場合

日付	保険分合計(円)	一部負担金(円)A	保険外(円)B	領収額(円)A+B	備　考
5	1540	460	0	460	

〈領収明細〉　以下からご記入ください

日付	保険分合計(円)	一部負担金(円)A	保険外(円)B	領収額(円)A+B	備　考

上記の金額を領収いたしました。

領収証発行日　　年　　月　　日

医療機関（または保険薬局）名・住所・電話番号

㊞

＜組合員へ＞

1．この領収証は医療機関（または保険薬局）で記入してもらってください。学生が記入したものは無効です。
2．記入欄（日数）が足りない場合は、本用紙をコピーして複数枚に分けて記入してもらってください。
3．必ず裏面もご確認ください。

立教大学学生健康保険互助組合 TEL 03-3985-2442（池袋） TEL 048-471-6924（新座）／2022.4

裏面もご確認ください

医療費給付申請の際の領収証について

領収証の必要項目は以下のとおりです。

① 日付
② 宛名
③ 保険の負担割合
④ **診療日付ごとの保険診療合計額（保険点数でも可）・保険診療自己負担額（一部負担金）・保険外金額、領収額**
⑤ 医療機関名または保険薬局名・住所・電話番号
⑥ 領収印

領収証にこれらの項目の記載が無い場合には、学生健保書式の「医療費領収証」を用いて医療機関で記入してもらってください。

＜注　意＞

診療日ごとに
「保険分合計額（保険点数×10）」×「保険負担割合」＝「保険診療自己負担額（一部負担金Ａ）」となっていない場合は、給付の対象となりません（１円単位四捨五入は可）。**整骨院・接骨院等を利用する場合は、特にご注意ください。**
なお、一部負担金Ａの１ヶ月分の合計が2,500円未満の場合は、申請対象外となりますのでご注意ください。

＊医療費給付申請の詳細については、最新版の「学生健保のしおり」をご確認ください。

立教大学学生健康保険互助組合