

★★★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

⑩

＜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) / 2025.4

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）。

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。

*2024年4月受診分より、接骨院・整骨院・鍼灸院での施術等はすべて給付対象外となりました。

立教大学学生健康保険互助組合