

太枠内のみをご記入ください。

20 年 月 日提出  
提出キャンパス(駿河台・和泉・生田・中野)

## 特別入院給付申請書

※申請期限:退院後6ヶ月以内(卒業・修了年次生は卒業式当日まで)

明治大学学生健康保険互助組合理事長 殿

学生番号	
本人氏名	
電話番号	携帯: 自宅:

下記のとおり、入院しましたので申請します。本件に関する個人情報を特別入院給付金の支払いのために使用することに同意します。

記

※消えないボールペンで記入すること

1.	傷病名			
2.	原因・状況	発生日時	年 月 日 ( 曜日 )	時頃
	・原因・状況をご記入ください。 ・発生日時が不明な場合は、その旨をご記入ください。			
3.	入院した医療機関名	(1)		
	転院した場合などすべてご記入ください。【通院は記入不要】	(2)		
4.	入院期間	(1)	年 月 日 ~	年 月 日
	転院や一時退院した場合なども、すべてご記入ください。	(2)	年 月 日 ~	年 月 日
5.	コルセット給付金の申請	( あり ・ なし )		
6.	学生教育研究災害傷害保険 (学研災)	対象外 ・ 対象 ( <input type="checkbox"/> 申請済 ・ <input type="checkbox"/> 申請予定 ) 【正課中・学校行事中・課外活動中・学校施設内】		

### 【添付書類】

- 明細式領収書のコピー(保険適用額と自己負担額が判明し、領収印のあるもの)  
※診療明細書のコピーもご提出いただくと手続きがスムーズです。
- 通帳またはキャッシュカードのコピー(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義が確認できるページ)  
※学生本人以外の口座に振込を希望される場合は、漢字・フリガナともに記載のある通帳コピーを添付してください。
- 【学生健保用】振込口座届(所定様式)

駿河台受領日: 20 年 月 日

※大学記入欄

受付番号	給付額
—	円

(コルセット給付金 円)

2025.4