

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)

受付者

印

特別入院給付申請書

※申請期限:退院後6カ月以内(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

駿河台受領日: 20 年 月 日
在籍状態確認: 通常・休学・卒業 / 修了(月)

学生番号	
本人氏名	印
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

1.	傷病名							
2.	原因・状況	発生日時	年	月	日 (曜日)	時頃		
・発生日時が不明な場合は、その旨をご記入ください。 ・発生日から入院まで期間が空いた場合は、その理由をご記入ください。								
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。【通院は記載不要】		(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.	被保険者証の情報	保険者番号 ()						
入院の際に使用した被保険者証をご参照のうえ、全項目をご記入ください。		保険者名称=健康保険組合名 ()						
		記号 () 番号 ()						
		(家族 ・ 本人) どちらかに○を付けてください。						

「学生教育研究災害傷害保険」 対象外 ・ 対象 (申請済 ・ 申請予定)
【正課中・学校行事中・学校施設内・課外活動中】

【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)
- 通帳のコピー(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)
- 振込依頼書(本人または保護者、大学に登録されている保証人等の口座) 窓口で配布します。

受付番号	給付額	副理事長	担当者
—	円	印	印