

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

コルセット給付申請書

※申請期限:装着後6ヶ月以内または退院後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:

医師の指示により治療用装具(コルセット等)を必要としましたので、下記のとおり申請します。本件に関する個人情報をコルセット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.	医療機関名	
2.	医師の指示日	年 月 日 ()
3.	装具作成会社名	
4.	装具名称	
5.	装具購入日	年 月 日 ()
6.	装具代金	円(税込)
7.	被保険者証の情報	保険者番号 ()
治療用装具装着者が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。

特別入院給付金の申請	(あり ・ なし) 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 (<input type="checkbox"/> 申請済 ・ <input type="checkbox"/> 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】

- 医師の指示書のコピー(意見書, 同意書も可能)
- 明細式領収書のコピー(装具代金が判明し, 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