

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)

コルセット給付申請書

※申請期限:退院または装具着用後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:

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

※消えないボールペンで記入すること

1.	医療機関名	
2.	医師の指示日 (必要と認められた日)	年 月 日 (曜日)
3.	装具装着日	年 月 日 (曜日)
4.	装具作成会社名	
5.	装具名称	
6.	装具購入日 (領収日)	年 月 日 (曜日)
7.	装具代金	円 (税込)
8.	特別入院給付金の申請	(あり ・ なし)
9.	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】

- 医師の指示書のコピー(医師の意見書(同意書・証明書)および装具装着証明書等)
- 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

受付番号	給付額
—	円

(入院給付金 円)

※大学記入欄

--

2023.4