

医療機関へのお願い

大阪商業大学におきましては、負傷疾病の際に治療費の自己負担金に相当する額を給付しています。

つきましてはご多忙中、誠に恐縮に存じますが、下記の項目について治療した月ごとにご記入、捺印のうえ、本人にお渡しくださいますようお願い申し上げます。

なお、この証明書の記入事項が、貴機関所定の領収書によって判定できる場合は、貴機関所定の領収書を学生に交付して頂いても差し支えありません。よろしくようお願い申し上げます。

記

大阪商業大学
学生総合互助部会 御中

診療領収証明書

※フリガナ		※(クラス番号) 学年 年 組 番				女
氏名		(生年月日) 19 年 月 日				男
※住所						
(電話) - -						
使用保険 健保・国保・船保・共済・日雇・その他()・無						
疾病名						
領収金額の内訳	平成 年 月分					
	外来	日～	日まで	入院	日～	日まで
		(実診療日数 日間)			(実入院日数 日間)	
	外来合計点数	点		入院合計点数	点	
	保険診療負担額	円		保険診療負担額	円	
	薬剤負担額	円		薬剤負担額	円	
	その他(保険適用外等)額		円	その他(保険適用外等)額		円
領収金額 合計 _____円						
上記金額を領収しました。						
平成 年 月 日						
住所 電話番号 医療機関名 代表者名						印

保険薬局記入欄(院外処方箋に基づく医療費領収書)						
右記金額を領収しました。				平成 年 月分		
平成 年 月 日				(処方箋受付回数 回)		
住所				合計点数 点		
電話番号				薬剤負担額 円		
医療機関名				その他(保険適用外等)額 円		
代表者名				領収金額合計 _____円		
				印		

(注) ※欄内の項目は本人が記入し証明を受けてください。