

補助申請書

学校法人東日本学園後援会  
 会長 三上 章 殿

- ・提出日 平成 年 月 日
- ・患者ID番号 [ ]
- ・学部／学科等 [ ]
- ・学生番号 [ ]
- ・氏 名 [ ]
- ・連絡先(携帯番号) [ ]
- ・連絡先(e-mail) [ ]

下記のとおり、補助を申請いたします。

診療を受けた日	医療機関名	(受診科)	領収書金額	* 補助額	
				上段: 保険額	下段: 保険外額
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
合 計			円	円	円
注1) 記載しきれない場合は、裏面も使用願います。 注2) 裏面に注意事項が記載されておりますので、必ず熟読願います。 * 補助額は後援会事務局が記載しますので、学生は記載しないで下さい。			* 合 計	円	

診療を受けた日	医療機関名	(受診科)	領収書金額	*補助額	
				上段:保険額	下段:保険外額
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
合 計			円	円	円
			*合計		円

## 【注意事項】

- 領収書は原本を添付してください。(コピーは認められません。)
- 申請書提出先は、学校法人東日本学園後援会事務局になります。  
後援会事務局では、申請に際し、下記の期間窓口を開設いたしますので、申請を希望する学生は後援会事務局所定のBOXに申請書を提出願います。  
当別キャンパスの学生 → 学生支援課      あいの里キャンパスの学生 → 心理科学課  
提出期間:1~10日(土・日・祝日を除く)8:45~17:00
- 現金の受け渡しは、提出月の20日~月末(土・日・祝日を除く)12:00~13:00です。
- 現金を受け取る場合、必ず「学生証」を持参してください。  
(代理人はいかなる理由があっても認めません。)
- 領収書を紛失した場合は、当該医療機関が発行する支払証明書を添付してください。  
(支払証明書を発行する場合、手数料がかかります。詳しくは医療機関にお尋ねください。)
- 補助率は、保険診療は100%、保険外(自費)診療は30%です。
- 物品(ハブラシ、支払証明手数料など)等の費用は補助対象外です。
- ご不明な点は、学校法人東日本学園後援会事務局(0133-22-2111)にお尋ねください。

様式①

学生用

表面に領収書をホチキスで留めてください

### 補助申請書

記載例

学校法人東日本学園後援会  
会長 三上 章 殿

・提出日 平成 21 年 5 月 3 日  
 ・患者ID番号 [ 123456789 ]  
 ・学部／学科等 [ 薬学部 薬学科 ]  
 ・学生番号 [ 0925555 ]  
 ・氏 名 [ 当 別 太 朗 ]  
 ・連絡先(携帯番号) [ 090-9999-1111 ]  
 ・連絡先(e-mail) [ aaa@bbbb.ne.jp ]

アドレスはできるだけ携帯電話(すぐ連絡のつくもの)をお願いします。

下記のとおり、補助を申請いたします。

領収書金額を記載

診療を受けた日	医療機関名	(受診科)	領収書金額	* 補助額	
				上段: 保険額	下段: 保険外額
平成 21年 4 月 3日	大学病院	内 科	6,920 円	円	円
平成 21年 4 月 25日	歯科内科クリニック	歯 科	390 円	円	円
平成 21年 4 月 30日	大学病院	皮膚 科	1,110 円	円	円
平成 21年 5 月 1 日	大学病院	内 科	3,990円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
合 計			12,410 円	円	円
			* 合 計	円	円

注1) 記載しきれない場合は、裏面も使用願います。

注2) 裏面に注意事項が記載されておりますので、必ず熟読願います。

\* 補助額は後援会事務局が記載しますので、学生は記載しないで下さい。

診療を受けた日	医療機関名	(受診科)	領収書金額	*補助額	
				上段:保険額	下段:保険外額
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
平成 年 月 日		科	円	円	円
合 計			円	円	円
			*合計	円	円

## 【注意事項】

- 領収書は原本を添付してください。(コピーは認められません。)
- 申請書提出先は、学校法人東日本学園後援会事務局になります。  
後援会事務局では、申請に際し、下記の期間窓口を開設いたしますので、申請を希望する学生は後援会事務局所定のBOXに申請書を提出願います。  
当別キャンパスの学生 → 学生支援課      あいの里キャンパスの学生 → 心理科学課  
提出期間:領収書発行日の翌月、1～10日(土・日・祝日を除く)8:45～17:00
- 現金の受け渡しは、提出月の20日～月末(土・日・祝日を除く)12:00～13:00です。
- 現金を受け取る場合、必ず「学生証」を持参してください。  
(代理人はいかなる理由があっても認めません。)
- 領収書を紛失した場合は、当該医療機関が発行する支払証明書を添付してください。  
(支払証明書を発行する場合、手数料がかかります。詳しくは医療機関にお尋ねください。)
- 補助率は、保険診療は100%、保険外(自費)診療は30%です。
- 物品(ハブラシ、支払証明手数料など)等の費用は補助対象外です。
- ご不明な点は、学校法人東日本学園後援会事務局(0133-22-2111)にお尋ねください。