

記載例

表面に領収書と
通帳(またはキャッシュカード)コピーを
ホチキスで留めてください

補助申請書

北海道医療大学後援会

会長 三上 章 殿

【提出日】 [20×× (和暦も可) 年 ○月 ○日]

【在 籍】 [(薬) 歯 / 看護 / 福祉 / 心理 / 理学 / 作業 / 言語 / 検査 / 衛専 / 大学院]

【学生番号】 [0925555]

【氏 名】 [当別 太郎]

【連絡先(携帯番号)】 [090-9999-1111]

【連絡先(e-mail)】 [aaa@bbb.ne.jp]

【振込口座情報】 [新規 ・ 変更 ・ 継続]

※継続(以前に口座情報を届けて出ている)の場合は、以下の記載は不要です

【銀行名】 [北海道 銀行 ・ 信用金庫] [当別 支店]

【種 別】 [普通 ・ 当座]

【口座番号】 [0011222]

ふりがな とうべつ たろう

【口座名義】 [当別 太郎]

※通帳の名義を記入して下さい

領収書金額を記載

下記のとおり、補助を申請いたします。

(太枠内のみ記入。ただし、「受診科」は保健センターの受診や薬局の場合は記入不要)

診療を受けた日(診療日)	医療機関(薬局)名	受診科	領収書金額	* 補助額	
				上段: 保険額	下段: 保険外額
20××年 ○月 ○日	大学病院	内科	6920円		円
20△△年 ○月 ○日	歯科内科クリニック	歯科	390円		円
20※※年 ○月 ○日	保健センター	科	3890円		円
和暦も可能です					円
年	複数月の診療費についてまとめて申請することもできます (年度をまたいだ申請も可能です)	ワクチン接種・抗体検査等を受けた場合 医療機関名: 保健センター			円
年		受診科: 記入不要 (空欄のままでもOK) です			円
合 計			11,200円		円
				* 合 計	円

注)裏面にも記載欄と補助申請の注意事項があります。必ず注意事項を読んで申請してください。

補助額は、受診された内容によって異なりますので、合計額と一致しない場合があります(詳細は裏面を参照してください)。

※振込口座について、新規または変更の場合、通帳またはキャッシュカードのコピー(口座番号、名義人が記載されている箇所)を1部、添付してください。