

様式①

2024年3月卒業見込者対象

## 補助申請書

北海道医療大学後援会  
会長 三上 章 殿

【提出日】 [ 2024 年 3・4 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】 [ ]

【氏名】 [ ]

【連絡先(携帯番号)】 [ ]

【連絡先(e-mail)】 [ ]

【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】 [ 銀行 ・ 信用金庫 ] [ 支店 ]

【種別】 [ 普通 ・ 当座 ]

【口座番号】 [ ]

ふりがな

【口座名義】 [ ]

※通帳の名義を記入して下さい

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 *保健センター受診/ 薬局は記入不要	領収書金額	*補助額	
				上段:保険額	下段:保険外額
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
合計			円	円	円
			*合計	円	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。

※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。

(太枠内のみ記入)

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
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
合計			円	円	円
			<b>* 合計</b>		円

### 【注意事項】

#### 1. 「申請書」について

- ・必要事項をすべて記載すること(記載もれがある場合は補助ができません)
- ・提出は一人一枚とする(記載欄が不足した場合を除く)
- ・領収書は原本をホチキス留めで添付すること(コピー不可)

#### 2. 「申請書の提出」と「補助の受け取り」について

- ・提出期間: 1~10日(土・日・祝日を除く)8:45~17:00
- ・提出場所: 当別キャンパスの学生 → 学生支援課前中央通路設置BOX  
札幌あいの里キャンパスの学生 → 医療技術学課
- ・口座振込: 毎月27日(休日の場合は繰り上げ)を予定※2019年7月より

#### 3. その他

- ・補助率は**保険診療は100%、保険外(自費)診療は30%**
- ・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すること  
(支払証明書の詳細は医療機関に問い合わせること)
- ・物品(歯ブラシなど)、支払証明書手数料等の費用は補助対象外

#### 4. お問い合わせ先

北海道医療大学後援会事務局(0133-22-2111)