

医療費補助申告書(被扶養者の医療費)

奨学生番号

氏 名

1. あなたが補助している医療費の額

	月分	月分	月分	月分	月分	月分	合計
あなたが支払った額・・・ ①							
高額療養費制度による給 付金・・・②							
医療費控除による還付 金・・・③							
保険給付金・・・④							
その他()・・・⑤							
負担する金額・・・①-(②+ ③+④+⑤)							

※①はあなたが実際に支払った金額(領収書の添付が必要)。②～⑤は給付・還付等により戻る金額。

《添付書類》以下のすべてを添付してください(確認のため添付した書類に○印をつけてください)。

健康保険証、マイナポータル健康保険証等情報画面又は資格確認書(国保不可) コピー等奨学生本人の被扶養者であることがわかる書類
診断書(原本。見込み期間を含め療養期間の記載のあるもの)
医療費の領収書のコピー(食事代などの内訳の記載されていることが必要)

※その他証明書が必要となる場合があります。

※健康保険証、マイナポータル健康保険証等情報画面又は資格確認書のコピーは
必ず保険者番号、被保険者等記号・番号及び二次元コードを黒塗り(マスキング)してください。

2. あなたが医療費を補助している人の連絡先

氏 名

住 所(〒 -)

電話番号

3. 今後の返還計画について

(願出が承認された場合の適用期間終了後の返還計画を記入してください)