

KMSサポート
【医療費給付申請書】
九州医療スポーツクリニック

太枠の記入欄に1ヶ月に1回、その月分(1日～月末)をまとめて記入し、以下の内容が明記された領収書と共に提出してください。

【必要項目】 氏名・診療年月日・医療機関名称・医療機関の領収印・保険診療点数・領収額(自己負担額)

診療月から3ヶ月目の10日までに学生証を持参の上、総務部窓口へ提出してください。

学生(会員)への注意 ※診療を受けた日からではありません。 【例】4月に受診 → 7月10日までに提出(期限から遅れた場合は一切受理しません)

受診情報・本明細書の内容は、KMSサポートの医療費給付処理に利用するのみで、それ以外には一切利用しません。

医療費給付金は「本人名義口座」へ振込みます。振込手数料に関しては自己負担として医療費給付金から差し引きます。

申請時には通帳のコピーを提出してください(通帳2枚目の口座情報等が記載しているページをコピーして提出)

所属学科	<input type="checkbox"/> 柔整	<input type="checkbox"/> 昼間1部	<input type="checkbox"/> 1年生	学籍番号			カナ	氏名
	<input type="checkbox"/> 鍼灸	<input type="checkbox"/> 昼間2部	<input type="checkbox"/> 2年生					
	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> 夜間部	<input type="checkbox"/> 3年生					
	<input type="checkbox"/> 整セラ							
	<input type="checkbox"/> AT							
住所	〒							TEL () -
給付金振込金融機関名				支店名	口座番号	普通預金		
口座名義	フリガナ氏名							*直接連絡が取れる電話番号をご記入ください (書類不備等の場合に、ご連絡させて頂く場合があります)
	平成	年	月分	診療				
診療日	医療機関名			保険診療点数	保険適用 自己負担金額	レセプト番号		
1)	月	日		点	円			
2)	月	日		点	円			
3)	月	日		点	円			
4)	月	日		点	円			
5)	月	日		点	円			
6)	月	日		点	円			
7)	月	日		点	円			
8)	月	日		点	円			
9)	月	日		点	円			
10)	月	日		点	円			

窓口受領印	備考欄