

			学生用
受付日		担当	
検査結果	麻疹IgG-EIA(抗体価：) 定性(－、±、＋) PA法() HI法()		

麻疹(はしか)抗体検査費用振込申請書

北星学園大学長殿

私は、麻疹(はしか)抗体検査を受けましたので、検査費用の補助をお願いしたく下記のとおり申請いたします。

【記入日 年 月 日】

学 籍 番 号		氏 名			
検 査 費 用	円				
銀 行 名 等	銀行	支店	支店番号		
	口座番号				
口 座 名 義 (カタカナ)					

..... 申請の決まり

※提出前にをつけ、確認して下さい。

- 領収証、医療費明細書は**原本**(コピーは不可)を提出してください。
- 領収書、医療費明細書に**麻疹(はしか)抗体検査費用であることが明記**されているか確かめてください。内容が不明な場合は受付できません。
- 検査日の翌月末**が申請期限です。
*月末が土日祝日や事務窓口休業日と重なる場合は前倒しとなります。
- 銀行の口座名義は**学生本人のもの**に限ります。

※検査の結果、抗体が無い場合は麻疹ワクチンかMRワクチンを接種してください。
ワクチン費用は自己負担です。

実習で使用する場合、EIA法でなければなりません。また、抗体価は8.0以上必要です。

※※※ 麻しん（はしか）抗体検査 申請のながれ ※※※

<医療機関で>

- ・検査を受け、抗体の有無を確認する。実習で使用する場合、EIA法で検査する必要があります。
- ・①領収書、②医療費明細書、③検査結果をもらう。

★注意★

- ・原本であること（コピーは×）
- ・「麻しん抗体検査」とわかる記載があること

<自宅・大学で>

- ・「麻しん（はしか）抗体検査費用振込申請書」に必要事項を記載する。
- ・①領収書、②医療費明細書、③検査結果を用意する。

表紙裏面（氏名がカタカナ記載のページ）

- ・④本人名義の通帳のコピー（右記参照）を用意する。

- ・申請書に①～④を添えて医務室へ提出する。

★注意★

申請は検査を受けた日の翌月末まで

見本

〇〇銀行普通預金
普通預金をご利用いただきありがとうございます。

印紙税申告納付印
付印
税務署承認済

ホクセイ タロウ 様

店番 口座番号 発行日
474 123456789 27/9/1

開設日 限度額(円) 変更日 限度額(円)

非課税法人

株式会社 〇〇銀行
(金融機関コード 0501)

お取引先店 大谷地支店

TEL (011)891-5111
通帳作成地 株式会社 〇〇銀行
札幌市中央区大通西7丁目

※医療費明細書の例※

医療費明細書

患者氏名 北星 太郎

請求期間 平成27年9月1日～

翌月末まで

原本
(コピーは×)

住所 病院名 北星病院

患者番号123456789

発行日 平成27年9月1日

区分	内容	単価 (点)	回数	合計(点)
初・再診料	初診料	282	1	282
検査	グロブリンクラス別 ウイルス抗体価	288	1	288

麻しん抗体検査である
ことが明記されている