

退職互助医療保険医療給付金請求書

受付日(ナンバリング)

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

私は、退職互助医療保険約款を遵守し、請求方法・注意事項を確認のうえ、下記のとおり請求いたします。

I. 会員情報

請求年月日 平成 年 月 日

住所 連絡先電話番号
〒 - -

会員コード 会員氏名
- - (印)

患者の続柄に○をつける。 患者名 年齢 患者の生年月日
・本人(00) ・配偶者(02) 才 昭和 年 月 日

II. 保険適用分

診療年月 診療日数 保険適用分の請求金額(給付額を計算して記入する必要はありません)
平成 年 月 日 円

※病院分の請求は、保険適用額(複数あるときは合計額)が3,000円を超えたときにご請求ください。

入院・外来判定に○をつけてください。

0. 外来
1. 入院 ※入院期間を記入してください。
(月 日 ~ 月 日)
(月 日 ~ 月 日)

病名または疾病部位

病院または薬局の電話番号
- -

病院または薬局名

III. 報告欄

下記の全ての項目について、患者本人の内容をご報告ください。(該当する項目の□に✓してください。)
記入もれは返送となりますのでご注意ください。(給付審査必須項目)

(1) 該当する所得区分はどれですか? ※不明なときは、加入健康保険または市町村へ確認してください。 ※低所得者は、市町村民税非課税の方です。	70歳未満: □上位(ア、イ) □一般(ウ、エ) □低所得Ⅱ(オ) (ア、イ、ウ、エ、オは限度額適用認定証の区分です) 70歳以上: □上位 □一般 □低所得Ⅰ □低所得Ⅱ (3割負担)
(2) 障がい認定を受けていますか? ① 1~3級に該当している方…市町村から医療費の助成は受けられますか? ※所得制限により受けられない場合、所得制限に関する通知書の写しを添付してください。(年に一度提出が必要です。)	□あり(級) □なし □受けられる □受けられない
(3) 他制度からの助成はありますか? ※「他制度」とは、当会と同様の健康保険等から付加給付を受けられる制度となります。 「はい」と答えた方…他制度名を記入してください。	□はい □いいえ 制度名()
(4) 指定難病に該当していますか? ※「特定医療費受給者証」をお持ちの方になります。	□はい □いいえ
(5) 高額療養費に該当しましたか? ※70歳未満の方で①はいいの場合、限度額適用認定証の写しまたは、決定通知書の原本を添付してください。	□はい □いいえ

上記質問事項について、不明な点はお問い合わせください。

TEL 024(554)3512

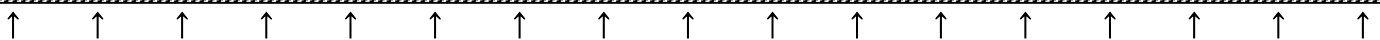
※請求用紙は共助会ホームページ(<http://ja-kyojokai.or.jp/>)からダウンロードすることができます。ぜひ、ご活用ください。

注1 裏面の注意事項を確認のうえ、正しく請求してください。
注2 この届出によって取得する個人情報については、当会の給付金支払・商品・サービスの案内・提供・開発・研究を行うために業務に必要な範囲で利用することがあります。

返送日

領収書は、裏面に添付してください。(下の文字が裏側から読める向きで添付してください。)

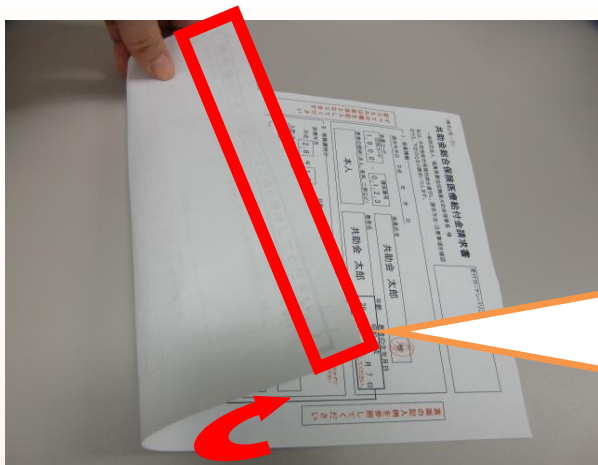
領収書添付欄(領収書は、ここにのり付けしてください。)



領収書の貼り方

領収書は、下図のように、請求書の裏面下部にのり付けしてください。（原本の請求書と同じのり付け箇所になります。）

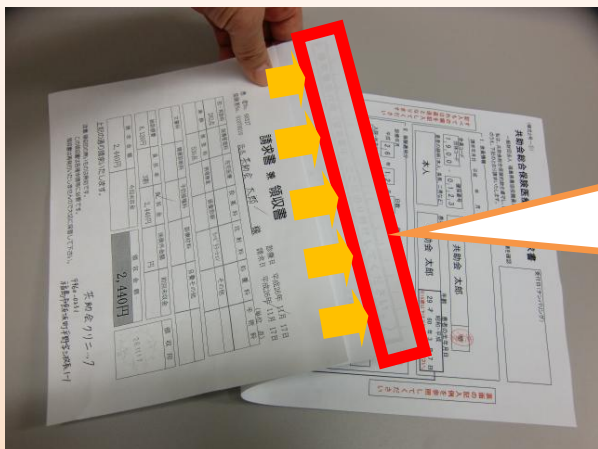
領収書の貼り方イメージ



裏面からご覧いただき、

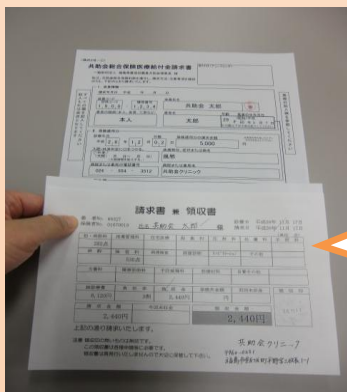
領収書添付欄（領収書は、ここに添付してください。）

と透けて見える箇所が領収書添付欄になります。



このように、領収書の上部のみを「領収書添付欄」にのり付けしてください。

Q. なぜ、裏面下部にのり付けしなくてはならないの？



A.

共助会では、このように、請求書の裏面下部を裏返すようにして領収書と請求書の内容を審査しております。

そのため、裏面下部にのり付けしていただく必要があります。

<注意事項>

(1) 領収書が複数枚ある場合は、位置をずらさずにそのまま重ねてのり付けしてください。