

共助会総合保険医療給付金請求書

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

受付日(ナンバリング)

私は、共助会総合保険約款を遵守し、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 令和 年 月 日

会員コード

--	--	--	--	--	--	--	--

患者の続柄(本人、長男、二男など)

--	--	--	--	--	--	--	--

契約者会員氏名(氏名変更以前の請求は旧姓を記入してください)

(旧姓)		印
------	--	---

患者名

年齢(受診時) 患者の生年月日

	才	昭和・平成	年	月	日
--	---	-------	---	---	---

※福島県内に住所を有する18歳までのお子様の医療費は、給付の対象になりません。
県外に住所を有するお子様の医療費を請求する場合は、下記Ⅲ.報告欄(4)でご報告ください。

Ⅱ. 保険適用分

診療年月

令和 年 月 日

診療日数

日

保険適用分の請求金額(一部負担額を差し引かずそのまま記入してください)

円

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)

病名または症状、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

下記のすべての項目について、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。)
不備な項目があると、返送させていただきますこととなります。

(1)「身体障がい者手帳」の交付を受けていますか？

☐ いいえ☐ はい

身体障がい者〔 〕級に該当しています。

居住地の市町村から医療費の助成が受けられますか？

(「重度心身障がい者医療費受給者証」の交付を受けていますか？)

☐ はい (公費助成があるため請求できません) ☐ いいえ

(2)「特定医療費受給者証」または、「特定疾病療養受療証」の交付を受けていますか？

☐ いいえ☐ はい

(3)高額療養費に該当した医療費ですか？

☐ いいえ☐ はい

この医療費の他に世帯合算(21,000円以上)の医療費はありますか？

☐ あります ☐ ありません

(4)福島県外在住のお子様(18歳まで)の医療費の請求は、居住地をご記入ください。

〔 〕 都・府・県

〔 〕 市・町・村・区

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

注1) 同じ診療月の請求は1ヶ月分まとめて提出してください。

注2) 公費負担のある医療費は給付対象外です。(障がい認定1・2級、3級内部疾患・乳幼児医療制度等に該当しているもの)

注3) 領収書はのりづけ箇所に正しく貼ってください。

注4) インフルエンザ予防接種代の請求には使用しないでください。

※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。
約款はホームページでご確認ください。

団体名

返送日

印

※この届け出によって取得する個人情報は、当会の給付金支払い事務・統計・および分析等を目的に利用いたします。

(令和3年7月)

すべての欄を記入してください
記入もれは返送となります

裏面の記入例を参照してください

共助会記入欄	
--------	--

(領収書の上部を左の端から右の端までいっばいに貼り付けてください。)

・領収書は網掛け部分にのりで添付してください。(横幅が同じものは用紙いっばいに貼ってください)

- ・横に長い領収書は、縦に貼らないでください。また、縦に長い領収書は横に貼らないでください。

辯切日 毎月5日 (当会必善)

日産刊号計の日記・日※

○病院分……因療養期間別、患者別、診療月別、入院外来別、医科・歯科別
 1請求(一部負担額(1,000円)を超えているものを請求) ←
 ○薬局分(院外処方)……薬局別(支店別)、患者別、診療月別
 1請求(一部負担額に関係なく請求) ←

上記以外の請求方法は返送となりますのでご注意ください。

I. 会員情報 II. 保険適用分 III. 報告欄の各項目の記入もれは給付審査ができませんので返送

所属団体の共助会
拒否者(人事課等)
へ提出し押印して
もらってください。

番号を記入する。

入院は期間を記入する。(1ヶ月単位)

診療を受けた年月
を和暦で記入する。

対象者(患者)の続柄を記入する。
(例)長男、二男など

団体コードと健保番号を記入する。
(例) 1900-0023

請求年月日
を記入する。

員氏名(本人) 記入する。

対象者名(患者)を記入する。

この子はいや
のうき曲曲

保険適用分の請求金額を記入する。

病名または症状、疾病部位を記入する。

病院、薬局名を記入する。

記すへもれの返を記入して下さいます。