（退職互助様式4号）

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。

すべての欄を記入して下さい。記入もれは返送となります。

Ⅰ．会員情報

請求年月日　令和　　年　　月　　日

住所　〒　　ー

連絡先電話番号　　ー　　ー

会員コード（誤記入・未記入は返送となります。）　　ー

会員氏名

患者の続柄に✓してください。

☐ 本人（00）　☐ 配偶者（02）

患者名　　年齢（受診時）　　患者の生年月日　昭和　　年　　月　　日

Ⅱ．保険適用分

診療年月　令和　　年　　月

診療日数　　日

保険適用分の請求金額 ➡ 病院分の場合、3,000円を超えていますか？（✓してください。）

円　☐ はい（領収書を添付の上請求してください。）
☐ いいえ　（一部負担額以下のため請求できません。）

※一部負担額を差し引かずにそのまま記入してください。

※薬局分（院外処方分）の場合は✓不要です。

入院・外来判定に✓してください。

☐ 外来（0）

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

病名・症状または疾病部位

病院または薬局の電話番号　　ー　　ー

病院名または薬局名

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。（該当する項目の口に✓してください。）

（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下さい。 ※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？	☐ はい（　　級）　☐ いいえ
①1～3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下さい。（年に一度提出が必要です。）	☐ 受けれらる　☐ 受けられない （公費助成があるため請求できません。）
（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（付加給付控除額を超える請求は、支給決定通知書を添付して下さい。）　☐ いいえ
「はい」と答えた方・・・他制度名を記入してください	制度名（　　）
（4）「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？	☐ はい（当会に届出がまだの方は、受給者証等の写しを添付して下さい。）　☐ いいえ
（5）高額療養費に該当しましたか？ ※70歳未満の方で「はい」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下さい。	☐ 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

※この届出によって取得する個人情報は、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

（令和5年6月）

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、ここにのりはりしてください。）