（退職互助用）

受付日

退職互助医療保険
医療給付金請求書及び領収書返却等作業依頼書

令和　　年　　月　　日届出

一般財団法人　福島県農協役職員共助会　御中

私は、内容を確認のうえ下記のとおり依頼いたします。

会員コード　　－　　　会員氏名　　㊞

1．依頼する内容に☑チェックをしてください。

□領収書の原本	□領収書の写し	□ 医療給付金請求書及び領収書の原本 （※給付前に請求を取下げる場合）

2．依頼する医療給付金請求書及び領収書の内容 ※記入欄が足りない場合は、コピーをしてお使いください。

	患者名	診療年月	入院・外来（○をつける）	医療機関名	返却依頼理由
1			外来・入院		
2			外来・入院		
3			外来・入院		
4			外来・入院		
5			外来・入院		
6			外来・入院		
7			外来・入院		
8			外来・入院		
9			外来・入院		
10			外来・入院		

【返却依頼方法】～詳しい返却依頼方法は裏面をご覧ください～

領収書（原本）の返却を希望される場合は、領収書のコピーを医療給付金請求書にのり付けし、原本はのり付けせずに一緒に同封してください。受付後（照合後）、すぐに返却させていただきます。

(注)既に請求されている医療費の返却依頼を希望される場合は、当月給付処理完了後（月末～翌月初旬頃）の返却になります。

領収書の返却依頼方法について

領収書の返却を希望される際は、下記の方法でご依頼ください。

①「医療給付金請求書及び領収書返却等作業依頼書」に依頼する返却内容を記入してください。

②領収書のコピーをとってください。

※領収書全体が鮮明に写るようにコピーしてください。
（白黒コピーで構いません。）

③医療給付金請求書の裏面に<u>領収書のコピー</u>をのり付けしてください。

④　①で作成した依頼書、②で使用した領収書の原本、③で作成した領収書のコピーを貼付した請求書、以上のものを所属団体を通じて当会まで提出してください。

※領収書の原本は、<u>請求書に貼付せず</u>そのまま提出してください。

⑤当会へ到着後、領収書の原本は、コピーと照合後、速やかに返却いたします。

不明な点等ありましたら、下記へお問い合わせください。

一般財団法人　福島県農協役職員共助会（ＪＡ福島共助会）

〒960-0231　福島市飯坂町平野字三枚長1-1　　TEL：024-554-3512