（様式2号）-①

共助会総合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、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、
下記の通り請求いたします。

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。

Ⅰ．会員情報

請求年月日　令和　　年　　月　　日

会員コード（誤記入・未記入は返送となります。）

―

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　　）

患者の続柄（本人、長男、二男など）

患者名

年齢（受診時）　歳

患者の生年月日　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

診療日数　　日

保険適用分の請求金額➡　円

病院分の場合、1,000円を超えていますか？（✓してください。）
☐ 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下さい。
（　　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

―　　―

病院名または薬局名

Ⅲ．報告欄

下記のすべての事項について、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。）

（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。
移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（当会に届出がまだの方は、受給者証等の写しを添付した「公費負担・助成制度該当申出書」を提出してください。）

（3）高額療養費に該当した医療費ですか？（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ください。）

☐ 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、居住地でご記入ください。
〔　　〕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・ひとり親家庭医療費助成制度等に該当しているもの）
注3）領収書はのり付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。

団体名

返送日

※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。

（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。）

↑ ↑