

(共助会用)

受付日

共助会総合保険 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 _____ (印)

1. 依頼する内容にチェックをしてください。

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 領収書の 原本 | <input type="checkbox"/> 領収書の 写し | <input type="checkbox"/> 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の場合) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|

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 | | |

【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。

団体名

処理日

(印)

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領収書のコピーをのり付けしてください。

④ ①で作成した依頼書、②で使った領収書の原本、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、請求書に貼付せず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