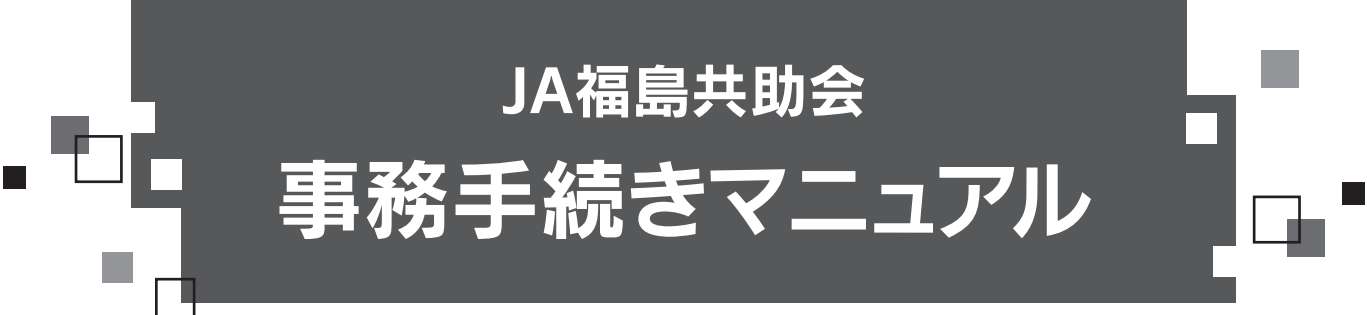




JA福島共助会 事務手続きマニュアル

(令和7年度)

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 (JA福島共助会)

[令和7年11月作成]

目次

第1章 共助会の概要

- 1-1 目的とあゆみなど 6
- 1-2 共助会総合保険・退職互助医療保険(退職互助積立)のしくみなど 9
- 1-3 共助会総合保険の給付内容について 10
- 1-4 退職互助医療保険の給付内容について 11

第2章 共助会総合保険・退職互助積立について(現職者)

－契約時－

- 2-1 契約する際の条件について 12
- 2-2 契約時の手続き方法について 12

－月払保険料・月払積立金の算出方法と払込方法－

- 2-3 共助会総合保険月払保険料の算出方法と払込方法について 14
- 2-4 退職互助月払積立金の算出方法と払込方法について 14

－医療給付金－

- 2-5 医療給付金の請求方法について 15
- 2-6 医療給付金の請求方法について(高額な医療費) 17
- 2-7 医療給付金の請求方法について(他制度から助成がある医療費) 22
- 2-8 医療給付金の請求方法について(インフルエンザ予防接種代) 23

－その他給付金－

- 2-9 その他給付金の請求方法について(療養・結婚・出産) 25

－契約者会員(役職員)の各種変更手続き－

- 2-10 契約者会員の登録事項変更手続きについて 26
- 2-11 異動等による会員番号の変更手続きについて 29

－被扶養者(役職員の家族)の各種変更手続き－

- 2-12 扶養した際の手続きについて 30
- 2-13 扶養から外れた際の手続きについて 31
- 2-14 被扶養者の登録事項変更手続きについて 32

－保険料免除－

- 2-15 保険料免除の手続きについて 33
- 2-16 保険料免除期間の変更手続きについて 34

－退職・継続雇用時－

- 2-17 退職する際の手続きについて 35
- 2-18 継続雇用する際の手続きについて 38

－死亡時－

- 2-19 契約者会員が亡くなった際の手続きについて 39
- 2-20 扶養登録している配偶者が亡くなった際の手続きについて 40

－解約する時(任意解約)－

2-21 解約(任意解約)する際の手続きについて	41
--------------------------	----

2-22 解約返戻金の算出方法について	42
---------------------	----

－会員マイページについて(現職者)－

2-23 会員マイページの概要と登録方法について	43
--------------------------	----

－標準報酬月額登録(定時決定)について－

2-24 標準報酬月額の登録方法について	45
----------------------	----

第3章 退職互助医療保険について(退職者)

－医療給付金－

3-1 医療給付金の請求方法について	46
--------------------	----

3-2 医療給付金の請求方法について(高額な医療費)	48
----------------------------	----

3-3 医療給付金の請求方法について(他制度から助成がある医療費)	53
-----------------------------------	----

－登録事項の変更手続き－

3-4 登録事項の変更手続きについて	54
--------------------	----

－死亡時－

3-5 香典の申請方法について(退職者)	57
----------------------	----

－解約する時－

3-6 解約する際の手続きと解約返戻金の算出方法について	58
------------------------------	----

－会員マイページについて(退職者)－

3-7 会員マイページの概要と登録方法について	59
-------------------------	----

第4章 その他の内容・共通事項

4-1 各種届出・請求書の締切日と給付日について	61
--------------------------	----

4-2 給付金の請求期限について	61
------------------	----

4-3 医療給付金請求書の領収書添付方法について	62
--------------------------	----

4-4 各届出・請求書等のとりまとめについて	64
------------------------	----



参考1 定款・約款・規程・要領等

定款	65
共助会総合保険普通約款	75
退職互助医療保険普通約款	82
共助会規程	88
退職互助規程	92
公益事業実施規程	97
公益事業助成実施要領	98
インフルエンザ予防接種代給付要領	99
インフルエンザ予防接種代給付事務手続き	100
個人情報保護方針	101
個人情報取扱規程	102

参考2 共助会総合保険 各種届出・請求用紙等

共助会総合保険契約申込書兼退職互助積立申込書(様式1号-①)	104
共助会総合保険被扶養者新規・追加登録届(様式1号-②)	105
共助会総合保険被扶養者脱退届兼変更・訂正届(様式1号-③)	106
共助会総合保険医療給付金請求書(様式2号-①)	107
共助会総合保険給付金請求書(様式2号-②)	108
インフルエンザ予防接種代給付金請求書(様式2号-③)	109
共助会標準報酬登録表(様式3号)	110
共助会総合保険登録事項変更・訂正届(様式4号)	111
共助会加入団体登録事項変更届(様式5号)	112
共助会総合保険保険料免除申請書(様式10号)	113
保険料免除期間変更申請書(様式10-②号)	114
公費負担・助成制度該当申出書(様式11号 退職互助兼用)	115
共助会会員番号変更届(様式12号)	116
共助会総合保険解約兼退職互助積立金返戻申込書(様式15号)	117
共助会総合保険解約兼退職互助医療保険契約申込書(様式15号-②+退職互助様式3号)	118
共助会総合保険の契約者死亡に伴う解約・給付金申込書(様式15号-③)	119
給付金請求書等送付状(団体用)	120
外来用領収書(退職互助兼用)	121
入院領収明細書(退職互助兼用)	122
医療給付金請求書及び領収書返却作業依頼書(共助会会員用)	123
保険契約証発行申込書(退職互助兼用)	124

参考3 退職互助医療保険 各種届出・請求用紙等

退職互助保険料積立申込書(退職互助様式1号)	125
退職互助医療保険医療給付金請求書(退職互助様式4号)	126
退職互助医療保険登録事項変更届兼配偶者資格喪失届(退職互助様式5号)	127
退職互助香典給付申請書(退職互助様式6号)	128
退職互助医療保険解約申込書(退職互助様式7号)	129
給付金請求書送付状(退職会員用)	130
医療給付金請求書及び領収書返却等作業依頼書(退職会員用)	131



はじめに

当会の事業運営につきましては、事務担当者の皆さまに格別のご理解ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

当会は、国の公益法人制度改革に伴う法改正等により、平成25年3月に「一般財団法人」と「認可特定保険業」の認可を取得し、平成25年4月からは、「一般財団法人福島県農協役職員共助会」に名称を変更し事業を運営しております。

また、「認可特定保険業」の認可に伴い、今までの「共助会制度」は「共助会総合保険」、「退職互助制度」は「退職互助医療保険」に名称を変更しております。

事務担当者の皆さまには何かとご理解ご協力をいただいている次第ではございますが、このたび事務手続きマニュアル(令和7年度版)を作成いたしましたので、日々の事務手続きにご活用いただければ幸いです。

令和7年11月 JA福島共助会

- 本マニュアルは、令和7年11月現在の情報に基づいて作成しています。

共助会ホームページ

保険内容の確認や各種届出・請求用紙等をダウンロードすることができます。

また、会員マイページに登録することで、給付状況や会員情報を照会することができます。ぜひご利用ください。

※検索サイトからは「JA福島共助会」と検索してください。

JA福島共助会 検索
URL <http://ja-kyojokai.or.jp>



本マニュアルの問い合わせ先

〒960-0231 福島市飯坂町平野字三枚長1-1 JA福島ビル10階

一般財団法人福島県農協役職員共助会(JA福島共助会)

TEL 024-554-3512 FAX 024-554-3510

E-mail kyojokai@alto.ocn.ne.jp

1-1 目的とあゆみなど

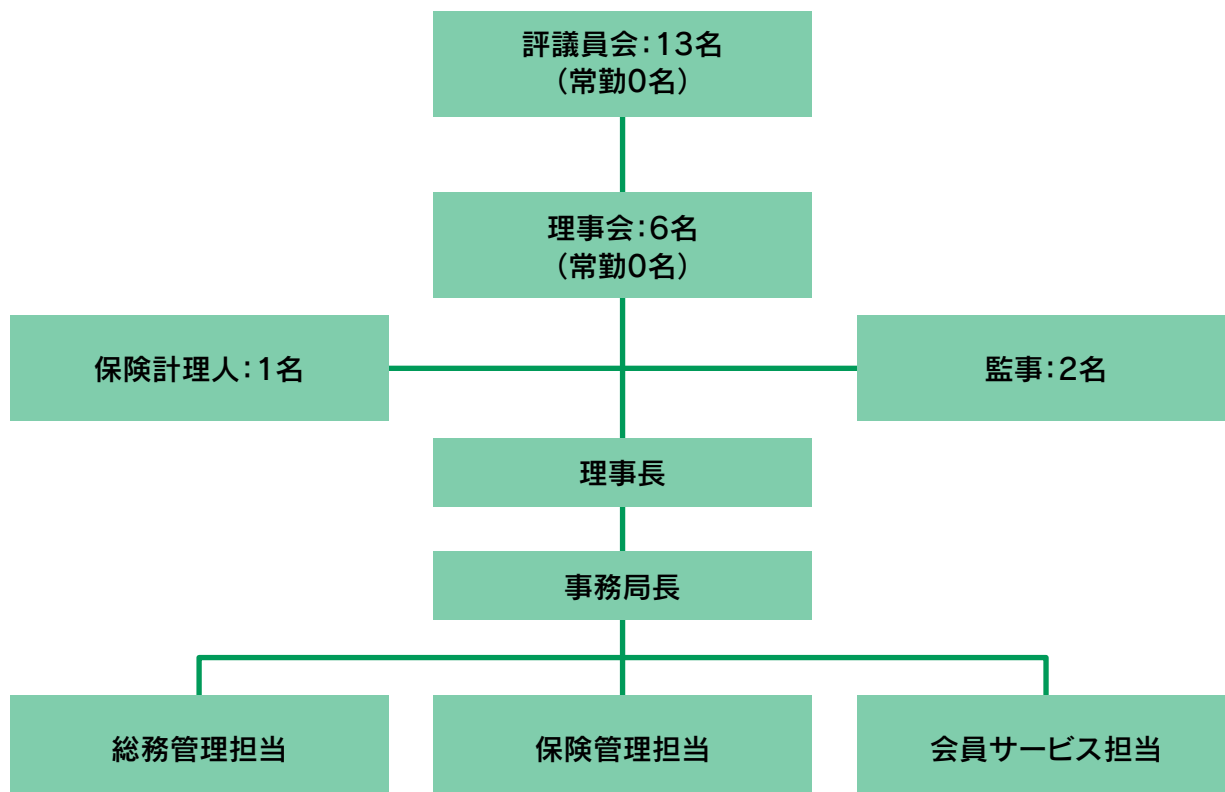
(1) 目的

当会は、農林漁業団体の役職員等の相互共済と福祉の増進を図るとともに、医師・看護師養成に関する事業への助成及び保健・医療・福祉に関する教育啓蒙事業を行うことを通じ、農林漁業者の社会的、経済的地位の向上に寄与することを目的とし事業を行っております。

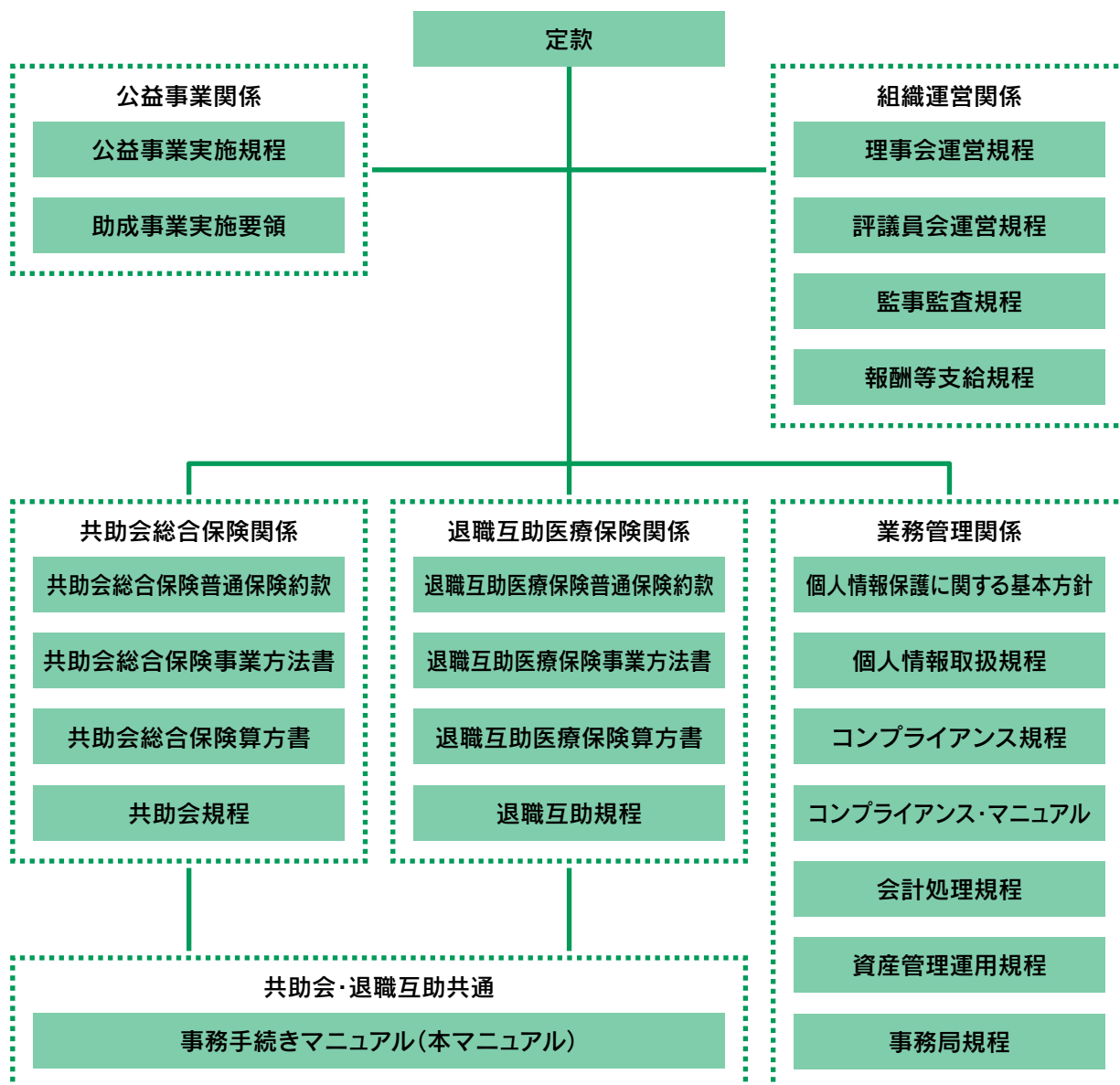
(2) あゆみ

昭和45年5月	「福島県農業協同組合役職員共助会」設立
昭和52年4月	財団法人認可 「財団法人福島県農協役職員共助会」に名称変更
昭和52年4月	「退職互助制度」創設
平成25年3月	一般財団法人認可、認可特定保険業認可
平成25年4月	「一般財団法人福島県農協役職員共助会」に名称変更 ※「共助会制度」から「共助会総合保険」に名称変更 「退職互助制度」から「退職互助医療保険」に名称変更

(3) 業務運営の組織図



(4) 主な規程等体系図



(5) 加入団体数及び会員数

〈令和7年3月末現在〉

〈共助会総合保険〉

区分	団体数	契約者会員数
J A	6	3,332
連 合 会	4	1,658
関 連 団 体	28	1,108
土地改良区	6	48
森 林 組 合	6	46
漁 協	8	122
計	58	6,314

〈退職互助医療保険(現職)〉

区分		団体数	待機者	積立者	積立満了者	合計
現職	J A	6	538	1,869	279	2,686
	連 合 会	4	157	933	89	1,179
	関 連 団 体	26	84	644	97	825
	土 地 改 良 区	6	9	35	0	44
	森 林 組 合	6	4	31	2	37
	漁 協	8	19	69	6	94
	計	56	811	3,581	473	4,865

※待 機 者…積立開始前の会員(30歳未満)

積 立 者…積立中の会員(30歳以上)

積立満了者…積立が終了している会員

〈退職互助医療保険(退職)〉

区分	人数
本 人	2,150
配 偶 者	1,765
合 計	3,915

1-2 共助会総合保険・退職互助医療保険(退職互助積立)のしくみなど

(1) 保険のしくみ

- 【共助会総合保険】** 当会の加入団体に従事する役職員等のみを契約対象とした総合保険です。被保険者は、役職員等およびその家族(一親等以内)です。主に、被保険者の医療費が発生した場合に医療給付金を受けられる保険となっております。また、役職員等が結婚や出産または療養の際にはお祝い金やお見舞金の給付を受けられます。
- 【退職互助医療保険】
(退職互助積立)】** 当会の加入団体に従事していた役職員等の退職者のみを契約対象とした医療保険です。被保険者は、退職した役職員等およびその配偶者です。主に、退職後、被保険者の医療費が発生した場合に20年間医療給付金を受けられる保険となっております。
- なお、退職互助医療保険は、退職時に保険料を一括納入していただく必要があることから、30歳の誕生日を迎えた翌月もしくは申込月より積立金を25年間(300月) 払っていただくことで、退職時の保険料負担を軽減する仕組みをとっております。

※45歳未満の方につきましては、【共助会総合保険】と【退職互助医療保険(退職互助積立)】を必ず**同時に**契約していただくことになります。

(2) 保険期間について

- 【共助会総合保険】** この保険の保険期間は、4月1日又は、共助会総合保険普通保険約款第13条に定める更新日から翌年の3月31日までの1年間とします。また、申込日が4月2日以降である契約者会員の最初の保険期間は、申込日の属する月の翌月1日を契約日とし、契約日からその後に最初に到来する3月31日までの期間とします。
- 【退職互助医療保険】** この保険の保険期間は、60歳前に退職した場合は、60歳の誕生日を迎えた翌月の1日から20年後に相当する前日までを保険期間とします。また、60歳以降に退職した場合は、退職した月の翌月の1日から20年後に相当する前日までを保険期間とします。

1-3 共助会総合保険の給付内容について

給付金

種類	対象者	支払事由	給付金額	届出書類	添付書類
①医療給付金	契約者会員 契約者会員の被扶養者(1親等以内) ※年齢が75歳未満の方に限ります。	保険診療に該当する医療費の支払いが発生したとき	病院分： 保険適用分から一部負担額(1,000円)を差し引いた額を給付 調剤薬局分： 保険適用分全額給付	共助会総合保険医療給付金請求書(様式2号-①)	領収書の原本 (補装具代や高額医療費の請求の場合は別途添付書類あり)
		インフルエンザ予防接種代の支払いが発生したとき	上限2,000円まで ※市町村や他制度からの助成該当金額は除く	インフルエンザ予防接種代給付金請求書(様式2号-③)	領収書の原本 (保険診療分が含まれている場合は写し可)
②療養給付金	契約者会員	契約者会員が病気又は負傷し、連続して30日以上就業できないとき	10,000円 (会員期間中1疾病につき1回限りの給付。ただし1事業年度に1回限りの給付)		診断書の写し
③結婚給付金 ※請求期限6ヶ月	契約者会員	契約者会員が結婚したとき(退職後1ヶ月以内の結婚まで支払可能)	20,000円	共助会総合保険給付金請求書(様式2号-②)	戸籍抄本又は婚姻届受理証明書の写し
④出産給付金 ※請求期限6ヶ月	契約者会員	子が生まれたとき	20,000円		母子手帳の写し
⑤死亡給付金	契約者会員 契約者会員の配偶者(但し被扶養となっている配偶者に限る)	死亡したとき	契約者会員の死亡 (保険契約締結10年以上)： 50,000円 契約者会員の死亡 (保険契約締結10年未満)： 30,000円	共助会総合保険の契約者死亡に伴う解約・給付金申込書(様式15号-③)	死亡診断書の写し又は除籍謄本の写し
			配偶者の死亡 (被扶養者に限る)： 20,000円	共助会総合保険給付金請求書(様式2号-②)	

1-4 退職互助医療保険の給付内容について

給付金など

種類	対象者	支払事由	給付金額	届出書類	添付書類
① 医療給付金	契約者会員、配偶者（但し、退職時に登録された配偶者に限ります。） ※契約者会員・配偶者ともに健康保険の種類は問いません。	保険診療に該当する医療費の支払いが発生したとき	病院分： 保険適用分から一部負担額(3,000円)を差し引いた額に給付率を乗じた額を給付 調剤薬局分： 保険適用分に給付率を乗じた額 ※給付率は契約者会員が100%、配偶者85% ※診療月単位の給付金上限額は、会員と配偶者を合わせて44,400円です。	退職互助医療保険医療給付金請求書（様式4号）	領収書の原本（補装具代や高額医療費の請求の場合は別途添付書類あり。）
② 香典	積立者は契約者会員のみ 医療保険会員は契約者会員、配偶者（待機会員の配偶者は、給付対象外となります。）	死亡したとき	会員1人につき10,000円	積立者の死亡： 共助会総合保険の契約者死亡に伴う解約・給付金申込書（様式15号-③） その他会員・配偶者の死亡： 退職互助香典給付申請書（様式6号）	死亡診断書の写し又は除籍謄本の写し（会員本人死亡の場合は遺族口座の通帳の写しも添付）

共助会総合保険契約申込書兼退職互助積立申込書(様式1号-①)の記入方法

会員コードは団体コードのみを記入してください。

健康保険証を取得した年月日を記入してください。

添付書類(通帳の写し、健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書の写し、健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書の写し、健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬改定通知書の写し)はのり付け箇所に添付してください。

(様式1号-①)

JA福島共助会

**共助会総合保険契約申込書兼
退職互助積立申込書**

交付日

令和 年 月 日 申込

※個人口座振替を実施している団体の契約者会員は必ず添付してください。
(JA名・支店名・口座名義等が分かる部分の写しを添付してください。)

〈健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書等の写しのり付け箇所〉

【次の①～③のうちいずれかを添付してください。】

①健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書の写し
②健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書の写し(本人情報のみ添付)
③健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬改定通知書の写し(本人情報のみ添付)

※欄外にはみだりして貼る場合は折り返して添付してください。

〈健康保険証の写しのり付け箇所〉

※令和6年12月1日以前に資格取得された方は、令和7年11月5日までは「健康保険証の写し」を添付することができます。

JA福島共助会 共助会総合保険契約申込書兼 退職互助積立申込書

一 契約者(個人)の氏名・性別・生年月日・年齢・健康保険資格取得年月日・標準報酬月額・退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

二 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

三 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

四 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

五 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

六 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

七 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

八 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

九 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

十 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

十一 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

十二 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

十三 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

十四 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

十五 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

十六 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

十七 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

十八 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

十九 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

二十 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

二十一 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

二十二 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

二十三 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

二十四 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

二十五 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

二十六 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

二十七 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

二十八 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

二十九 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

三十 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

三十一 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

三十二 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

三十三 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

三十四 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

三十五 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

三十六 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

三十七 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

三十八 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

三十九 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

四十 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

四十一 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

四十二 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

四十三 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

四十四 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

四十五 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

四十六 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

四十七 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

四十八 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

四十九 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

五十 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

五十一 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

五十二 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

五十三 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

五十四 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

五十五 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

五十六 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

五十七 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

五十八 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

五十九 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

六十 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

六十一 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

六十二 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

六十三 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

六十四 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

六十五 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

六十六 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

六十七 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

六十八 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

六十九 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

七十 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

七十一 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

七十二 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

七十三 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

七十四 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

七十五 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

七十六 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

七十七 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

七十八 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

七十九 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

八十 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

八十一 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

八十二 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

八十三 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

八十四 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

八十五 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

八十六 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

八十七 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

八十八 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

八十九 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

九十 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

九十一 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

九十二 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

九十三 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

九十四 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

九十五 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

九十六 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

九十七 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

九十八 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

九十九 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

一百 退職互助積立金(裏面参照)を記入してください。

共助会総合保険契約日

退職互助積立開始日

令和 年 月 日

令和 年 月 日

団体名 事業所名

ふくしま農業協同組合

ふくしま農業協同組合

事務局長

捺印

記名

(令和7年4月)

給付金の振込先口座になります。ご指定いただけるのは、JAの口座のみになります。JA名・支店・口座名義(カナ)等がわかる部分の通帳の写しを添付してください。(添付書類のり付け箇所)に添付してください。※個人口座への振込を指定していない団体は、ご記入いただく必要はありません。

社会保険で使用している健康保険の標準報酬月額を記入してください。

お知らせメールは、保険商品またはその他サービスについてのご案内などをするメール配信です。お申込みする場合は、メールアドレスを記入してください。

団体名と公印を必ず記入・押印してください。

共助会月払保険料の金額を記入してください。(裏面を参照してください)

45歳未満の方は退職積立金を同時にご契約いただきます。月払積立算出の欄は30歳から44歳の方と45歳以上の積立希望者のみ記入してください。

月払保険料・月払積立金の算出方法と払込方法

第2章

共助会総合保険・退職互助積立について（現職者）

2-3 共助会総合保険月払保険料の算出方法と払込方法について

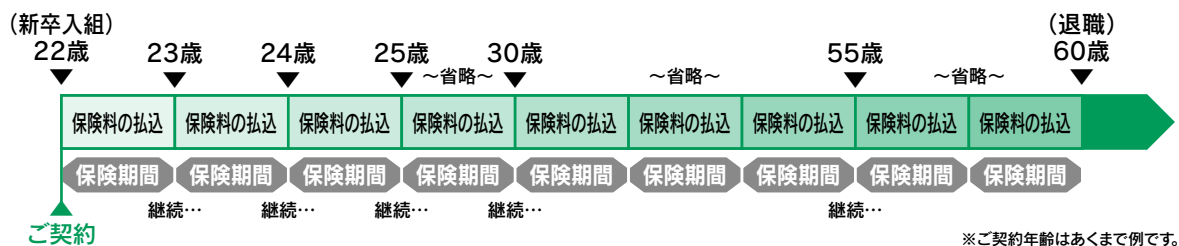
保険料算出方法について

$$\text{共助会総合保険月払保険料} = \text{健康保険標準報酬月額} \times \frac{12}{1,000}$$

※上記計算方法で算出した保険料は、保険料全体額になります。

保険料払込方法について

- 1年間ごとの自動更新で退職時まで保険料を毎月払いただきます。
(途中解約がない限り、毎年4月に自動更新されます。)
- 育児休業や病気療養で無給となった場合は保険料払込の免除ができます。
(詳細は「2-15 保険料免除の手続きについて」を参照してください。)



2-4 退職互助月払積立金の算出方法と払込方法について

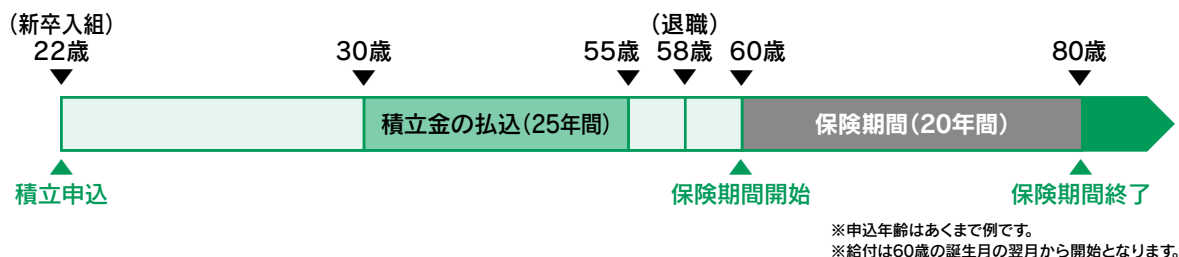
積立金算出方法について

$$\text{退職互助医療保険月払積立金} = \text{健康保険標準報酬月額} \times \frac{11}{1,000}$$

※上記計算方法で算出した保険料は、積立金全体額になります。

積立金払込方法について

- 30歳の誕生日を迎えた翌月より積立金を25年間(300月)払いただきます。(30歳以上の方は、積立申込月から払いただきます。但し、**45歳以上の方は希望者のみ**となります。)
- 退職時の年齢が**50歳以上かつ15年(180月)以上**の積立金があれば退職互助医療保険の契約はできますが、その際に積立金の不足分がある場合は、一時金で積立金を払いただくことになります。



医療給付金

2-5 医療給付金の請求方法について

病院分(総合病院・病院・医院・クリニック・歯科・接骨院など)の領収書の分け方

下図に従って、領収書を分けていただき、1請求ごとに医療給付金請求書を作成してください。



※1請求分を複数に分けて請求した場合、**一部負担額をそれぞれ差し引いて給付いたします。**

一部負担額(1,000円)を超えているものを請求してください。

調剤薬局分(院外処方)の領収書の分け方

下図に従って、領収書を分けていただき、1請求ごとに医療給付金請求書を作成してください。



※院内処方分は病院分として請求してください。

一部負担額に関係なく請求できます。

医療給付金請求書の作成方法

- (1) 表面の必要事項に記入してください。
 (2) 裏面の「のり付け箇所」に1請求分の領収書を添付してください。
 (複数枚ある場合は重ねて添付)

(表面)

「会員コード」は、保険契約証に記載されている番号になります。

受診時の年齢を記入してください。

保険外を除いた金額をそのまま記入してください。

必要事項に記入してください。
 記入もれがあると返送になります。

団体名を記入してください。

(裏面)

複数枚ある場合は、ずらさずに重ねてのり付けしてください。

領収書(原本)

必ず「のり付け」してください。(ホッチキスやセロテープは使用できません。)

※高額療養費に該当する場合は、決定通知書(原本)や限度額適用認定証(写し)も添付していただくことになります。(「2-6 医療給付金の請求方法について(高額な医療費)」参照)

(様式2号) 共助会総合保険医療給付金請求書

一般財団法人 福島県農協職員共助会 御中

私は、共助会総合保険契約者として、請求方法・注意事項を確認の上、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。

1. 会員情報

請求年月日 令和 7 年 11 月 1 日

会員コード(本人) 1,9,0,0-1,2,3,4

氏名 佐藤 太郎

花子

年齢 16 歳 21 年 8 月 19 日

2. 保険適用分

診療年月 令和 7 年 10 月 02 日

診療日数 15,000 円

入院・外来診療に付する費用 10 月 1 日 ~ 10 月 2 日

病名(病) かぜ

病院または薬局の電話番号 024-554-3512

病院名または薬局名 ○○○病院

3. 報告欄

(1) 身体障害(傷手帳)の交付を受けていますか? ☐ はい ☒ いいえ

(2) 特定医療費助成証(または特定医療費助成証)の交付を受けていますか? ☐ はい ☒ いいえ

(3) 高額療養費に該当した医療費ですか? (高額療養費に該当しない場合は、高額療養費適用認定証を添付してください) ☐ はい ☒ いいえ

(4) 福島県外在住の子(18歳未満)の医療費の請求は、居住地で記入ください。 ☐ はい ☒ いいえ

団体名 ○○○農業協同組合

国保番号

(裏面)

領収書の添付方法

領収書は請求書の裏面にのり付けしてください。(糊が同じものは用紙1つに1枚、ホッチキスやセロテープは貼付の恐れがあるので使用しないでください。)

重ねて貼るときは、請求書と領収書をずらさずに重ねて貼ってください。

請求書の裏面にのり付けした領収書を貼るときは、請求書の裏面にのり付けしてください。

(請求書の締切日と給付日)

締切日 毎月5日(金金金)

給付日 締切月の25日

※日・祝日の場合は翌日

(請求方法)

○病院分(一部療養費、患者別、診療月別、入院・外来別、医科・歯科) → 1請求(一部療養費1,000円を超えて)

○薬局分(処方外処方) → 薬局別(薬局別)、患者別、診療月別 → 1請求(一部療養費に超過しない)

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。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。

(請求書の記入例)

1. 会員情報 2. 保険適用分 3. 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となります。

請求年月日 令和 7 年 11 月 1 日

会員コード(本人) 1,9,0,0-1,2,3,4

氏名 佐藤 太郎

花子

年齢 16 歳 21 年 8 月 19 日

診療年月日 令和 7 年 10 月 02 日

診療日数 15,000 円

入院・外来診療に付する費用 10 月 1 日 ~ 10 月 2 日

病名(病) かぜ

病院または薬局の電話番号 024-554-3512

病院名または薬局名 ○○○病院

団体名 ○○○農業協同組合

国保番号

2-6 医療給付金の請求方法について(高額な医療費)

高額な医療費とは

高額な医療費とは、高額療養費制度に該当している医療費です。

高額療養費制度とは、**医療機関や調剤薬局の窓口で支払った額がひと月で一定額(自己負担限度額)を超えた場合に、加入健康保険へ高額療養費の申請を行うことで、その超えた金額が加入健康保険から支給される制度です。**

なお、入院・外来に関係なく、高額な医療費が発生する前に加入健康保険へ「**限度額適用認定証**」の発行手続きを行い、発行された認定証やマイナ保険証を医療機関に提示することで、窓口での支払いを一定額(自己負担限度額)までにとどめることができます。

共助会では、自己負担限度額までが給付対象となります。

自己負担限度額 (共助会から給付)

高額療養費 (健康保険から給付)

窓口負担額(1~3割負担分)

自己負担限度額とは

年齢・所得区分(標準報酬月額)・支給回数によって金額が異なります。それぞれの自己負担限度額は次のとおりです。

※支給回数とは、該当する診療月を含めた過去1年間で高額療養費に該当した回数になります。

〈70歳未満〉

(R7.11現在)

所得区分	1回目~3回目	4回目以上(多数該当)
区分ア(標準報酬月額83万円以上)	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
区分イ(標準報酬月額53~79万円)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
区分ウ(標準報酬月額28~50万円)	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
区分エ(標準報酬月額26万円以下)	57,600円	44,400円
区分オ(住民税非課税)	35,400円	24,600円

〈70歳以上〉

区分(年収)	外来のみ(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
年収約1160万~ 標報83万円以上 課税所得690万以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% 〈4回目以上:140,100円〉	
年収約770万~1160万 標報53~79万円 課税所得380万以上	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% 〈4回目以上:93,000円〉	
年収約370万~770万 標報28~50万円 課税所得145万以上	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% 〈4回目以上:44,400円〉	
一般所得 年収155万~370万円	18,000円 (年間14.4万円上限)	57,600円 〈4回目以上:44,400円〉
低所得Ⅱ(被保険者が住民税非課税)	8,000円	24,600円
低所得Ⅰ(世帯全体が住民税非課税)		15,000円

限度額適用認定証とは

入院・外来に関係なく、高額な医療費が発生する前に加入健康保険へ「限度額適用認定証」の発行手続きを行い、発行された認定証を医療機関に提示しておくことで、窓口での支払いを一定額（自己負担限度額）までにとどめることができます。

※オンライン資格確認を導入している医療機関ではマイナ保険証を提示することで、認定証と同様に自己負担限度額までの支払いにとどめることができます。



下記(1)・(2)に該当する場合、当会への請求前に高額療養費の申請が必要になります。

- (1) 限度額適用認定証やマイナ保険証を使用した医療費の他に、同診療月に**世帯合算分になる21,000円以上の医療費（外来分は調剤薬局分と処方元の医療機関を合算して判断）**がある場合。
- (2) 限度額適用認定証やマイナ保険証を使用した医療費の他に、**同診療月・同世帯分で70歳～74歳の医療費**がある場合。

限度額適用認定証の例

健康保険限度額適用認定証	
令和 年 月 日製	
被保険者	記号 番号
氏名	性別
生年月日	年 月 日
通算対象者	氏名
生年月日	年 月 日
住所	令和 年 月 日
適用区分	
医療機関	
保険者	

適用区分は、高額療養費の所得区分です。

世帯合算とは

世帯合算とは、同健康保険内の本人・家族の中で、病院や調剤薬局で支払った1カ月の自己負担額で21,000円を超えた医療費が複数ある場合など、それらの合計額が自己負担限度額を超えた場合に申請できる制度です。世帯合算となる主なパターンは次のとおりです。

例：会員本人45歳・標準報酬月額30万円・高額療養費1回目該当の場合

パターン① 70歳未満のみの世帯合算

～70歳未満は、21,000円以上の医療費は世帯合算対象となります～


本人 45歳

R7.4 入院 83,000円
(限度額適用認定証使用)


妻 43歳

R7.4 外来 病院分15,000円
調剤薬局分 8,000円 } 23,000円

※外来分は、病院分とその病院からの処方による調剤薬局分を合わせて21,000円を超えていれば該当します。


子 19歳

R7.4 入院 35,000円

合算合計
141,000円

自己負担限度額
80,100円を超えているので、
高額療養費の対象になります。

パターン② 70歳未満・70～74歳の世帯合算

～70歳未満の医療費が21,000円以上で、70～74歳の同月分の
医療費の合計額が高額療養費に該当した場合は世帯合算対象となります～


本人 45歳

R7.4 入院 78,000円
(3割負担)


母 72歳

R7.4 外来 病院分8,000円
調剤薬局分 500円 } 8,500円

※上記のような場合は70～74歳の医療費が21,000円以下でも世帯合算できます。

合算合計
86,500円

自己負担限度額
80,100円を超えているので、
高額療養費の対象になります。

高額な医療費の請求方法確認フロー図



高額な医療費（21,000円以上）があった場合は、下記のフロー図で請求方法をご確認ください。ただし、70歳以上の方の医療費は、決定通知書の添付は必要ありませんので、通常の請求方法でご請求ください。確認フロー図で判断できない場合は当会までお問い合わせください。

～まず、お手元の領収書を通常の方法「2-5 医療給付金の請求方法」で分けた上、
はい・いいえでお進みください～

「マイナ保険証」または「健康保険限度額適用認定証」を使用しましたか？

はい

いいえ

「マイナ保険証」または「限度額適用認定証」を使用した医療費の他に、同月で21,000円以上の医療費はありますか？

いいえ

はい

高額療養費申請は【不要】

次ページの「**高額な医療費の請求方法①**」を参照してください。

①支払ってきた保険適用分の自己負担額は、自己負担限度額を超えていますか？

②21,000円以上の医療費が複数あり、その合計額が自己負担限度額を超えていますか？

③70歳未満の21,000円以上の医療費と70～74歳の医療費の合計額が自己負担限度額を超えていますか？

①～③のうち
1つでも該当している

①～③いずれにも
該当しない

高額療養費申請は【必要】

次ページの「**高額な医療費の請求方法②**」を参照してください。

高額療養費申請は【不要】

通常の請求方法で請求してください。



調剤薬局分は処方箋を交付した病院の外来分に含めて計算します。合計額が、21,000円以上であれば合算対象です。合わせて自己負担額を超えている場合は高額医療費の申請が必要です。

請求方法は次ページ→

2-7 医療給付金の請求方法について（他制度から助成がある医療費）

他制度から助成がある医療費とは

加入されている健康保険組合や共済組合等によっては、当会と同様の医療費の付加給付事業を行っている場合があります。そういった付加給付事業を行っている健康保険組合等を総称し、当会では「他制度」と呼称しており、「他制度」の助成対象となる医療費のことを「他制度から助成がある医療費」としています。

当会では、「他制度から助成対象となる医療費」については、二重に給付を受けることがないよう、下図のとおり、他制度の「付加給付控除額」までの給付をしております。

他制度から助成がある医療費の共助会給付対象分および給付計算方法

例：本人の付加給付控除額が20,000円で、病院での窓口負担が60,000円だった場合



○給付計算方法○

共助会給付対象分20,000円 － 一部負担額1,000円＝19,000円

※医療費の合算対象分がある場合は、合算状況に応じて算出します。

他制度から助成がある医療費の請求方法

領収書の分け方等は通常どおりですが、医療給付金請求書内の「保険適用分の請求金額」が、**他制度の「付加給付控除額」を超えている場合は、医療給付金請求書の裏面に、領収書の他、他制度からの「給付金支給決定通知書（原本）」を必ず添付のうえ請求してください。**

また、「付加給付控除額」を超えていない場合でも、他制度より付加給付を受けた場合は必ず添付してください。

なお、当会では「給付金支給決定通知書」の金額に基づいて給付額を算出します。

請求方法判断フロー図 ～下記のフロー図により請求方法を判断してください。～

医療給付金請求書内の「保険適用分の請求金額」は「付加給付控除額」を超えていますか？

はい

いいえ

「医療給付金請求書」に「**領収書（原本）**」と「**給付金支給決定通知書（原本）**」を添付のうえ請求してください。

通常通りの請求方法で請求してください。
※「医療給付金請求書」に「領収書（原本）」のみを添付のうえ請求してください。

～請求イメージ～

医療給付金請求書

裏面に添付

領 収 書（原本）

+

給付金支給決定通知書
（原本）

2-8 医療給付金の請求方法について(インフルエンザ予防接種代)

インフルエンザ予防接種代の領収書の分け方

下図に従って、領収書を分けていただき、1請求ごとにインフルエンザ予防接種代給付金請求書を作成してください。



- ※接種した医療機関が違う場合でも、同月に接種された分は1枚の請求書にまとめてください。
- ※領収書内に診療費が含まれている場合は、原本を医療給付金の請求に使用し、インフルエンザ予防接種代給付金請求書には写しを添付してください。
- ※インフルエンザ予防接種代は、「医療給付金」に属しますので、一度でも請求をされると、脱退給付金が給付対象外となります。
- (脱退給付金…H19.3現在会員であり、解約時に医療給付金の給付を受けていない場合給付となるもの)

市町村・他制度より助成がある場合の給付の取り扱い方法について

- 償還払いの場合…当会で助成金額を差し引いて給付いたします。申請手続きが必要な場合は、申請を済ませてから当会へ請求してください。
- ※市町村や他制度の申請期間内での申請手続きをお願いいたします。申請が遅れた場合でも、助成金額を差し引いて給付します。
- 現物給付の場合…医療機関の窓口で領収された金額を給付いたします。

請求時の留意事項

- 会員の住所(市町村)は、当会の会員台帳により判断します。請求書に記入されている市町村名と相違がある場合や未記入の場合には、返送させていただきます。
- 請求書の必須項目(公費助成に関する承諾欄)に必ずチェックしてください。チェックがない場合は返送になります。
- インフルエンザ予防注射(皮下注射)のみが給付対象となります。

インフルエンザ予防接種代請求書の作成方法

- (1) 必要事項に記入・押印してください。
 (2) 裏面「のり付け箇所」に1請求分の領収書を添付してください。(複数枚ある場合は重ねて添付)

(請求書用紙)

必ずチェックを入れてください。

接種者の続柄を記入してください。

接種者の住民票登録先の住所を記入してください。
 当会台帳に登録されている市町村と相違がある場合や未記入の場合は返送となります。

接種した年月日を和暦で記入してください。

送付状を添付することにより、公印は省略することができます。

今年度接種回数にチェックしてください。
 ※1ヶ月に2回接種した場合は、両方にチェックしてください。

この請求における窓口で支払った予防接種代の合計金額を記入してください。

接種時の年齢・生年月日を記入してください。

JA福島共助会
 一般財団法人 福島県農協役員共助会 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、下記のとおり請求いたします。

請求年月日 令和 7 年 10 月 1 日

受付日(ナンバリング)

※ 注意確認事項 *下記の注意事項をお読みいただき、必ず確認の□チェックをしてください。
 [注1] 接種している市町村からインフルエンザ予防接種費用の助成(公費助成)がある場合、そちらを優先してください。
 [注2] 市町村からの助成(公費助成)がある場合、助成金額を差し引いて給付いたします。なお、当会へ請求する前に申請手続きを済ませてください。
 [注3] 助成内容については、各市町村ホームページ、市政たより等で確認してください。市町村の助成が開始されましたら共助会ホームページでも確認いただけます。
 [注4] 市町村へ申請後、助成に関する通知書(証明書類)がある場合は、領収書と一緒に添付してください。

必須 ※チェックがない場合は返送となります。 → 公費助成に該当する場合は、共助会が差し引いて給付することを承諾します。
 ※ただし、医療機関の窓口で公費助成額が差し引かれている場合は、窓口での支払い額を給付します。

会員コード	会員番号	会員氏名
団体コード	個人番号	漢字 共助会 太郎 (旧姓)
1:2:3:4	5:6:7:8	

接種者 本人 太郎

接種時年齢 32 才 5 年 10 月 1 日

生年月日 昭和 5 年 10 月 1 日

住民登録の市町村 福島

接種者が該当しているときは□チェックしてください。
☐ 障がい認定を受けている ⇒ 障がい()級
☐ 指定難病(特定疾病)の認定を受けている
☐ 接種時、妊娠していた ⇒ 妊娠()ヶ月

接種年月日 平成 26 年 12 月 3 日

今年度接種回数 1 回目
☐ 2 回目

請求金額(2回接種の場合は合計額) 4,200 円

(注1) この請求書用紙はコピーでも使用可能です。
 (注2) インフルエンザ予防接種は、原則として1回接種となります。

接種した年月日を和暦で記入してください。

団体名(事業所名) ふくしま農業協同組合

返送日

この請求における窓口で支払った予防接種代の合計金額を記入してください。

領収書内に、「インフルエンザ予防接種代」と明記されている領収書を添付してください。
 明記されていない場合は、(1)か(2)の方法で添付してください。

- (1) 領収書の余白に「インフルエンザ予防接種代」と明記してもらってください。
 (2) 「母子手帳の写し」や「診療明細書」等の添付をしてください。

その他給付金

2-9 その他給付金の請求方法について(療養・結婚・出産)

その他給付金の請求方法(共助会総合保険給付金請求書の作成方法)

- (1) 会員コード、会員氏名に記入・押印してください。
- (2) 該当する給付金の項目に必要な事項を記入し、添付書類と一緒に請求してください。
(添付書類は給付金によって異なります。)

(様式2号 - ②)

共助会総合保険給付金請求書
(療養・結婚・出産・死亡給付金(配偶者))

一般財団法人 福島県農協役員共助会 御中
下記の事由が発生いたしましたので、共助会総合保険約款に基づき請求いたします。

受付日 令和 7 年 10 月 1 日

会員コード	会員氏名
団体コード 1 2 3 4 5 6 7 8	共助会 太郎 (印)

療養給付金

療養期間 令和 07 年 07 月 01 日 ~ 令和 07 年 09 月 30 日

給付対象⇒会員本人
添付書類⇒診断書の写し
注意事項⇒①療養のため就業できない期間が連続して30日以上で給付となります。
②会員期間中1疾病につき一回限りの給付。また、一事業年度に一回限りの給付となります。

結婚給付金

婚姻届日 令和 07 年 07 月 01 日 ~ 配偶者氏名 共助会 花子

給付対象⇒会員本人の結婚
添付書類⇒戸籍抄本または婚姻届受理証明書の写し
注意事項⇒①共助会会員同士の結婚の場合は会員毎に請求してください。
②結婚により会員氏名が変更となる場合は、「共助会総合保険登録事項変更(訂正届)」を一緒に提出してください。

出産給付金

出産年月日 令和 07 年 07 月 01 日 出産人数 1 人

新生児名 共助会 一太郎

給付対象⇒会員本人または配偶者の出産
添付書類⇒母子手帳(出生届出済証明欄)の写し
注意事項⇒共助会会員同士の出産の場合は会員毎に請求してください。

死亡給付金(配偶者)

死亡年月日 令和 年 月 日

配偶者(死亡者)氏名

給付対象⇒共助会に扶養登録されている配偶者(夫・妻)の死亡
添付書類⇒死亡診断書の写しまたは除籍謄本の写し
注意事項⇒「共助会総合保険被扶養者脱退届変更(訂正届)」を一緒に提出してください。

上記請求書は事実と相違ないことを認めます。

令和 7 年 10 月 1 日

団体名 ふくしま農業協同組合 (印)

事務局長 検証 署名

※この届け出によって取得する個人情報等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7年5月)

〈療養給付金〉

添付書類：療養のため就業できない期間が連続して**30日以上**あることがわかる診断書の写し

注意事項：会員期間中**1疾病につき1回限り**の給付となります。また、1事業年度に1度限りの給付となります。療養期間開始後、30日以上過ぎてから請求してください。

〈結婚給付金〉

添付書類：戸籍抄本または婚姻届受理証明書の写し

注意事項：会員同士の結婚の場合は会員ごとに請求してください。

〈出産給付金〉

添付書類：母子手帳の写し
(父・母・子の氏名が明記され、市区町村長の記名押印があるページ)

団体名、公印を必ず押印してください。

契約者会員(役職員)の各種変更手続き

2-10 契約者会員の登録事項変更手続きについて

◎契約者会員(本人)の登録事項に変更・訂正等があった場合、変更手続きが必要になります。
各事項の届出書類や添付書類等については下表のとおりです。速やかに届出してください。

変更手続きが必要な事項	届出書類	添付書類
氏名変更・氏名の文字訂正	共助会総合保険 登録事項 変更・訂正届	なし
生 年 月 日 訂 正		なし
性 別 訂 正		なし
給付金振込先金融機関変更		通帳の写し (金融機関証明印がある場合は必要なし)
住 所・電 話 番 号 変 更		なし
お知らせメール配信申込・停止		なし
メ ー ル ア ド レ ス 変 更		なし
障 が い 認 定 に 該 当	公費負担・助成制度 該当申出書	障がい者手帳の写し、交付されている場合は重度心身障がい者医療費受給者証の写し (所得制限により公費助成を受けられない場合は、公的機関から発行された所得制限期間がわかる通知の写しを添付してください。)
指定難病医療費助成制度に該当		指定難病医療費受給者証の写し
ひとり親家庭医療費助成制度に該当		ひとり親家庭医療費受給者証の写し
妊産婦医療費助成制度に該当		妊産婦医療費受給者証の写し
その他公費助成制度に該当		手帳や受給者証などの写し

医療給付金が給付対象外となる方… ※インフルエンザ予防接種代給付金は給付対象です。

- 障がい認定1級～3級内部に該当している方で、重度心身障がい者医療費受給者証をお持ちの方。
ただし、所得制限により公費助成が受けられない場合は当会から給付を受けられます。
- ひとり親家庭医療費助成制度に該当している方。
- 妊産婦医療費助成制度に該当している方。

…など



公費助成制度等に該当した場合、当会へ速やかに届出がされないと、給付金の過払いが発生してしまう恐れがあります。過払いが発生した場合、給付金は全額返還していただくことになりますのでご注意ください。

届出方法は次ページ→

共助会総合保険登録事項変更・訂正届の作成方法

- (1) 会員コード、会員氏名等を記入してください。
 (2) 変更・訂正する登録事項を○で囲み、変更・訂正後の内容を記入してください。

〔様式4号〕
共助会会員用

JA 福島共助会

共助会総合保険登録事項変更・訂正届

一般財団法人福島県農協役員共助会 御中
 共助会総合保険の登録事項について、変更・訂正が発生したので届出いたします。

受付日

会員コード	会員氏名(変更前の氏名)
団体コード 1 2 3 4 5 6 7 8	共助会 花子

令和 7 年 4 月 5 日出

会員本人の変更・訂正

(1) 変更・訂正する登録事項を○で囲んでください。
 ① 氏名の変更・訂正 ② 生年月日訂正 ③ 性別訂正 ④ 住所・電話番号変更
 ⑤ お知らせメール配信申込・停止 ⑥ メールアドレス変更 ⑦ 給付金振込先金融機関変更
 ⑧ その他

(2) 変更・訂正後の項目のみ記入してください。

①氏名(漢字)	フリガナ	②生年月日(和暦)	③性別
福島 花子	フクシマ ハナコ	昭和 平成 令和 年 月 日	1 男 2 女

④ 現住所・電話番号(※住民票に登録されている住所を記入してください。)

郵便番号 960-0231 福島市飯坂町平野字三枚長1-1

電話番号(ハイフンを含めて記入してください) 024-554-3512

⑤お知らせメール配信
 1 申込む(アドレスの変更) →
 2 停止する

⑥メールアドレス

⑦給付金振込先金融機関名(JA名) 給付金振込先金融機関店舗名 金融機関証明印

JA ふくしま	三枚長	本店・本所 支店・支所
金融機関コード 1 2 3 4 5 6 7	店舗コード 1 2 3 4 5 6 7	口座番号(右詰め) 1 2 3 4 5 6 7

(注意事項) 1. 給付金振込先金融機関を変更したときは速やかに届出してください。届出が遅れると給付金が振込不能となります。(両振込の場合は両振込手数料等を給付金から控除します。)
 2. 給付金振込先金融機関変更の金融機関証明印は、通帳の写し(口座名義・口座番号が確認できる部分)にかえることができます。

団体名(事業所名) ふくしま農業協同組合

事務局長 検証 起案

※この届出によって取得する個人情報については、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3年4月)

氏名の変更・訂正をする場合は、変更前の氏名(旧姓)で記入してください。

変更・訂正する項目のみ記入してください。

金融機関の証明印は、通帳の写し(JA名・支店名・口座名義(カナ)・口座番号が確認できる部分)を添付することで省略できます。

団体名、公印を必ず押印してください。

公費負担・助成制度該当申出書の作成方法

- (1) 会員コード、会員氏名等を記入してください。
- (2) 公費負担・助成制度の対象となる方の氏名、続柄等を記入してください。
- (3) 該当する制度名または法律名に○をつけてください。
- (4) 手帳や受給者証が交付されている場合は、その写しを裏面に添付のうえ提出してください。

(表面)

(様式 11 号 共助会・退職互助会用)

公費負担・助成制度該当申出書

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 印中
下記のとおり公費負担・助成制度に該当しましたので届け出いたします。 令和 7 年 4 月 1 日届出

会員コード 1 2 3 4 5 6 7 8	会員氏名 共助会 太郎	会員区分 ① 共助会会員 (現職者) 2. 退職互助会員 (退職者)
該当者氏名 共助会 太郎	続 柄 本人	公費負担・助成制度該当日 S H ④ 4 年 3 月 1 日
該当した公費負担・助成制度名 ① 障がい認定 (等級:) 級 2. 自立支援医療制度 (精神通院医療・更正医療・育成医療) 3. ひとり親家庭医療費助成制度 (特定疾患) 4. 妊産婦医療費助成制度 (出産予定日: 年 月 日) 5. 指定難病医療費助成制度 (特定疾患) 6. 肝臓治療医療費助成制度 7. 結核医療費公費負担制度 8. 健康保険組合からの助成 (健康組合名: 助成対象金額: 円以上) 9. その他公費負担・助成制度 (制度名:)		
所得制限有無 ① なし (公費等から助成を受けられる) 2. あり (公費等から助成を受けられない) 【所得制限期間】 年 月 日～ 年 月 日まで		
添付書類 (添付してください) (1) 各種公費負担・助成制度に該当した際に交付された手帳及び医療費受給者証の写し。 (2) 手帳や医療費受給者証の交付がないときは、公的機関発行の公費負担が証明できる書類の写し。 (3) 高額所得等で所得制限に該当している場合は、所得制限期間を証明できる通知書の写し。 (4) 健康保険組合からの助成があるときは、「医療情報のお知らせ」または「医療証証書」の写しと、助成内容が分かるシリアルシート等の写し。		
注意事項 (1) 当会の医療給付は、公費負担・助成制度に該当している場合、該当する金額を差し引いて給付します。障がい認定に該当している方で「重度心身障がい医療費受給者証」をお持ちの方、「ひとり親家庭医療費助成制度」、「妊産婦医療費助成制度」に該当されている場合、当会の医療給付 (保険適用分の給付) は給付対象となります。 (2) 届け出の内容に変更があった場合は、速やかに再度届け出てください。 (3) 共助会の医療給付金と公費負担を同時に受けることはできません。判明した場合、ただちに金額返金していただくことになります。		
団体名 (事業所名) ふくしま農業協同組合	事務局長 横 証	記 案

※この届け出によって取得する個人情報は、当会の保険料徴収ならびに給付金支払い事務、統計および分析等を目的に利用いたします。

高所得等により公費が受けられない場合は、「2.あり」に○を付け制限期間を必ず記入し、受けられないことを証明できる書類の写しを添付してください。

公費負担・助成制度該当日を記入してください。

該当した制度名を記入してください。(○をつけてください。)

団体名、公印を必ず押印してください。(退職互助会員の方は記入・押印は不要です。)

(裏面)

下記の欄をご記入のうえ、添付書類をのり付け願ってください。

会員コード 1 2 3 4 5 6 7 8	会員氏名 共助会 太郎	会員区分 ① 共助会会員 (現職者) 2. 退職互助会員 (退職者)
該当者氏名 共助会 太郎	続 柄 本人	公費負担・助成制度該当日 S H ④ 4 年 3 月 1 日

添付書類のり付け欄

※このり付け欄より大きな書類については、このり付けは必ずしもホッチキス等で申出書に添付してください。

手帳や医療費受給者証等の添付書類をのり付けしてください。

障がい者手帳

受給者証

など

JA福島共助会事務手続きマニュアル

被扶養者(役職員の家族)の各種変更手続き

第2章

共助会総合保険・退職互助積立について(現職者)

2-12 扶養した際の手続きについて

- ◎契約者会員が1親等内の家族(配偶者・子・父母)を扶養した場合、「共助会総合保険被扶養者登録届」を早急に当会へ提出してください。
手続き方法等については下記のとおりです。



扶養の登録は、届出をいただいた日に属する締切月の1日付での登録となり、遡及登録は一切いたしません。家族を扶養にした場合は、早急に届出ください。

共助会総合保険被扶養者登録届の作成方法

- (1) 会員コード、会員氏名の記入・押印をしてください。
- (2) 登録される方の内容を記入し、「健康保険被扶養者(異動)決定通知書の写し」をホッチキスにて裏面へ添付してください。

【様式 1号-②】 共助会総合保険被扶養者新規・追加登録届 JA福島共助会

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

※必ずご確認ください。

(1) 被扶養者の登録には、協会けんぽが交付する健康保険被扶養者(異動)決定通知書を確認して一致しているかを審査します。
(2) 健康保険に登録のある、一親等の被扶養者が登録対象となります。(裏面参照)
(3) 当会が承認した日を登録日とし、登録日の遡及は行いません。
(4) 組合に加入されている方に限ります。加入していない方は登録できません。
(5) 健康保険被扶養者(異動)決定通知書の写しを必ず添付してください。(裏面にホッチキスにて添付してください。)
(6) 公費による医療費助成(あり)の方は、様式11号「公費負担・助成制度該当申出書」を必ず添付してください。

▼ 枠内のご記入をお願いします。

私の健康保険被扶養者に新規・追加登録がありましたので届け出いたします。

会員コード	会員氏名	配偶者有無	受付日
12345678	共助会 太郎	無	令和 7 年 4 月 1 日届出

続柄コード 続柄 フリガナ 氏名(漢字)※姓が会員本人と同一の場合、名前のみ記入してください。

02 妻 花子

性別 1 男 2 女 2 女

生年月日(和暦) 昭和 平成 令和 02 07 01

公費による医療費助成(例:障がい、認定、指定難病、ひとり親助成制度など)

1 なし 2 あり(制度名) ※様式 11 号「公費負担該当申出書」を一緒に提出してください。

※令和 7 年 11 月 5 日受付分までは健康保険証写しの添付可

続柄コード 続柄 フリガナ 氏名(漢字)※姓が会員本人と同一の場合、名前のみ記入してください。

性別 1 男 2 女

生年月日(和暦)

公費による医療費助成(例:障がい、認定、指定難病、ひとり親助成制度など)

1 なし 2 あり(制度名) ※様式 11 号「公費負担該当申出書」を一緒に提出してください。

※令和 7 年 11 月 5 日受付分までは健康保険証写しの添付可

続柄コード 続柄 フリガナ 氏名(漢字)※姓が会員本人と同一の場合、名前のみ記入してください。

性別 1 男 2 女

生年月日(和暦)

公費による医療費助成(例:障がい、認定、指定難病、ひとり親助成制度など)

1 なし 2 あり(制度名) ※様式 11 号「公費負担該当申出書」を一緒に提出してください。

※令和 7 年 11 月 5 日受付分までは健康保険証写しの添付可

この届出は事実と相違ないことを認めます。

団体名(事業所名) ふくしま農業協同組合

ふくしま農業協同組合

事務局長 検証 提案

続柄コードは裏面の続柄コード一覧を参照してください。

氏名は名前のみ記入してください。ただし、会員本人と姓が違う場合は、姓と名の間を1文字あけて記入してください。

公費による医療費の助成が「あり」の方は、別紙「公費負担・助成制度該当申出書」を提出してください。

団体名、公印を忘れず押印してください。

2-13 扶養から外れた際の手続きについて

◎共助会に扶養登録していた家族が扶養から外れた場合、「共助会総合保険被扶養者脱退届」を提出してください。

手続き方法等については下記のとおりです。

共助会総合保険被扶養者脱退届の作成方法

- (1) 会員コード、会員氏名の記入・押印をしてください。
- (2) 「1. 被扶養者の脱退届」の欄に扶養から外れた方の内容を記入してください。(添付書類はありません。)

様式 1 号-③
共助会 会員用

共助会総合保険被扶養者脱退届兼変更・訂正届

JA福島共助会

一般財団法人 福島県農協役員共助会 御中
私の健康保険被扶養者に異動または、登録事項に変更・訂正が発生しましたので届け出いたします。

受付日

▼ 枠内のご記入をお願いします。

会員コード	会員氏名
団体コード 会員番号 12345678	共助会 太郎

令和 7 年 4 月 1 日届出

1. 被扶養者の脱退届

続柄コード 02	続柄 妻	氏名(漢字) 花子	生年月日 昭和 40 年 02 月 07 日	脱退年月 令和 07 年 02 月 末日
続柄コード	続柄	氏名(漢字)	生年月日	脱退年月
続柄コード	続柄	氏名(漢字)	生年月日	脱退年月

(注意事項) 1. 続柄コードは裏面の続柄コード一覧を参照してください。
2. 1日付で扶養から外れた場合は、前月の末日で記入してください。

2. 被扶養者の変更・訂正届

(1) 変更・訂正する被扶養者について記入してください。(変更前)

続柄コード	続柄	フリガナ (カタカナ)	氏名 (漢字)
-------	----	----------------	------------

(2) 変更・訂正する登録事項に○をつけて、項目に記入してください。(変更後)

1. 氏名変更・文字の訂正

フリガナ (カタカナ)	氏名 (漢字)
----------------	------------

2. 続柄訂正

続柄コード	続柄
-------	----

(注意事項) 続柄コードは裏面を参照してください。

3. 性別訂正

性別
1 男
2 女

4. 生年月日訂正

生年月日(和暦)
昭和 平成 令和

この届出は事実と相違ないことを認めます

団体名 (事業所名) ふくしま農業協同組合

事務局長 検 証 証 案

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

続柄コードは裏面の続柄コード一覧を参照してください。

扶養から外れた年月を記入してください。
ただし、健康保険の資格喪失日の前日に属する年月になります。

団体名、公印を忘れず押印してください。

2-14 被扶養者の登録事項変更手続きについて

- ◎扶養者の登録事項に変更・訂正があった場合は、「共助会総合保険被扶養者脱退届兼変更・訂正届」を提出してください。また、扶養者が障がい認定等に該当した場合は、「公費負担該当申出書」を提出してください。(P28「公費負担・助成制度該当申出書の作成方法」参照)
- 手続き方法等については下記のとおりです。

共助会総合保険被扶養者の変更・訂正届作成方法

- (1) 会員コード、会員氏名の記入・押印をしてください。
- (2) 「2. 被扶養者の変更・訂正届」の欄に変更する内容を記入してください。(添付書類はありません。)

様式 1 号-② 共助会総合保険被扶養者脱退届兼変更・訂正届 JA福島共助会

一般財団法人 福島県農協役員共助会 御中
私の健康保険被扶養者に異動または、登録事項に変更・訂正が発生しましたので届け出いたします。

▼ 枠内のご記入をお願いします。

会員コード		会員氏名	
団体コード	会員番号	漢字	
12345678		共助会 太郎	

令和 7 年 4 月 1 日届出

1. 被扶養者の脱退届

続柄コード	続柄	氏名(漢字)	生年月日	脱退年月
			昭和 年 月 日	令和 年 月 日
			平成 年 月 日	令和 年 月 日
			令和 年 月 日	令和 年 月 日

(注) 1. 続柄コードは裏面を参照してください。
2. 1日付で扶養から外れた場合は、前月の末日で記入してください。

2. 被扶養者の変更・訂正届

(1) 変更・訂正する被扶養者について記入してください。(変更前)

続柄コード	続柄	フリガナ(カタカナ)	氏名(漢字)
02	妻	ハナコ	花子

(2) 変更・訂正する登録事項に○をつけて、項目に記入してください。(変更後)

1. 氏名変更・文字の訂正

フリガナ(カタカナ)	氏名(漢字)

2. 続柄訂正

続柄コード	続柄

(注) 続柄コードは裏面を参照してください。

3. 性別訂正

性別
1 男
2 女

4. 生年月日訂正

生年月日(和暦)
昭和 年 月 日
平成 年 月 日
令和 年 月 日

この届出は事実と相違ないことを認めます。

団体名(事業所名) ふくしま農業協同組合

事務局長 検 証 記 案

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

続柄コードは裏面の続柄コード一覧を参照してください。

変更前の扶養者について記入してください。

変更・訂正する箇所のみ記入してください。

団体名、公印を忘れず押印してください。

保険料免除

2-15 保険料免除の手続きについて

◎契約者会員が病気や育児休業により就業できず、1ヶ月以上無給になる場合に共助会総合保険の保険料を免除することができます。(ただし、退職互助医療保険の積立は免除することができません。)

提出書類	保険料免除申請書(様式10号)
添付書類	〈病気療養の場合〉 「診断書の写し」と「休職取扱通知書の写し」 〈育児休業の場合〉 「休職取扱通知書の写し」 ※「休職取扱通知書」は、休職期間と無給期間を証明できるものとします。
注意事項	①無給の状態でない場合は保険料免除はできません。 ②遡及適用はいたしませんので、速やかに提出してください。 ③免除期間は、事由発生月の翌月分から終了した月の前月分までとなります。 (事由発生日が1日の場合はその月から、終了日が月末の場合はその月まで免除となります。) ④病気療養は、免除期間でも医療費の請求ができますが、育児休業の場合は医療費の請求はできません。

様式 10 号
共助会会員用

受付日

保 険 料 免 除 申 請 書

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

令和 7 年 5 月 1 日 届出

共助会総合保険約款第12条に基づき、無給になりますので別紙証明書を添えて申請します。
なお、育児休業による保険料免除期間中の医療給付金は対象にならないことを承諾いたします。

会員コード	会員氏名
12344567	共助会 花子 (妻)

I 休職期間(無給期間)

開始 令和 7 年 5 月 10 日から

終了 令和 7 年 9 月 20 日まで

共助会記入欄

保険料免除期間

開始 R 年 月 日から

終了 R 年 月 日まで

II 免除理由 ①. 病気療養による無給のため

【添付書類】 診断書の写し

休職通知書の写し (休職と無給期間を証明できるものの写し)

②. 育児休業による無給のため

【添付書類】 育児休業通知書の写し (育児休業と無給期間を証明できるものの写し)

上記のとおり申請いたします。

令和 7 年 5 月 1 日

ふくしま農業協同組合

団体名

※ この届け出によって取得する個人情報、当会の保険料徴収ならびに給付金支払い事務・統計および分析等を目的に利用いたします。

事務局長	検証	起案

休職期間は無給期間を記入してください。

病気療養と育児休業で添付書類が異なりますのでご注意ください。

団体名、公印を忘れず押印してください。

2-16 保険料免除期間の変更手続きについて

提出書類	保険料免除期間変更申請書（様式10-②号）
添付書類	〈延長する場合〉 休職期間（無給期間）が延長になることが証明できる書類の写し 病気療養の場合は、診断書の写しも提出してください。 〈短縮する場合〉 職場に復職することが証明できる書類の写し
注意事項	免除期間に変更が生じた場合、速やかに提出してください。

様式 10-②号
共助会会員用

保険料免除期間変更申請書

一般財団法人 福島県農協役員共助会 御中

令和 7 年 8 月 1 日届出

共助会総合保険約款第12条に基づき、無給による申請をして保険料の免除をしておりますが、
休職期間（保険料免除期間）が同じ事由で、☒延長 ☐短縮 になりますので申請いたします。

会員コード	会員氏名
12344567	共助会 花子 

I 変更する休職期間（無給期間）

変更前：開始 令和 7 年 5 月 10 日から
終了 令和 7 年 9 月 20 日まで

変更後：終了 令和 7 年 11 月 20 日まで

共助会記入欄	
保険料免除期間	
〔変更前期間〕	
開始	R 年 月 日から
終了	R 年 月 日まで
〔変更後期間〕	
終了	R 年 月 日まで

II 延長または短縮する理由

〔添付書類〕 延長する場合・・・休職期間（無給期間）が延長になることが証明できる書類の写し
短縮する場合・・・職場に復職することが証明できる書類の写し

上記のとおり申請いたします。

令和 7 年 8 月 1 日

団体名 ふくしま農業協同組合 

※ この届け出によって取得する個人情報、当会の保険料徴収ならびに給付金支払い事務・事務費の分析等を目的に利用いたします。

事務局長	検証	起案

変更後の休職期間（無給期間）終了年月日を記入してください。

期間変更理由を記入してください。

団体名、公印を忘れず押印してください。

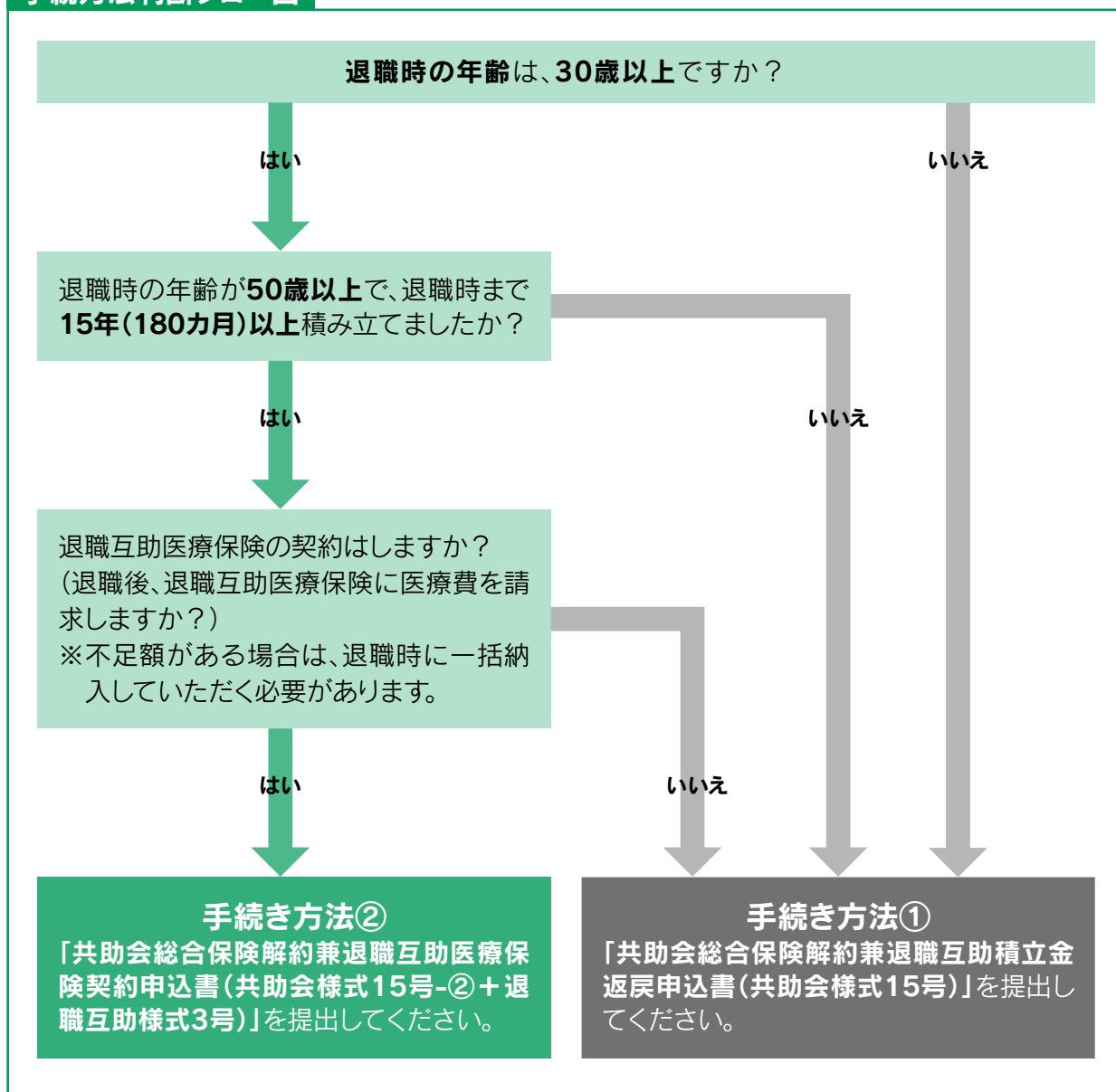
2-17 退職する際の手続きについて

◎退職する際の手続きは、退職互助医療保険の積立をしているかどうか、退職後、退職互助医療保険の契約をするかどうかで手続きが異なります。

手続き方法については、下記のフロー図でご判断いただき、届出してください。

※継続雇用される方は、「2-18 継続雇用する際の手続きについて」をご覧ください。

手続き方法判断フロー図



手続き方法は次ページ→

手続き方法①

「共助会総合保険解約兼退職互助積立金返戻申込書（共助会様式15号）」の作成方法

(1) 必要事項（網掛け部分）に記入・押印のうえ提出してください。（添付書類は不要です。）

〔共助会様式15号〕
共助会会員用

一般財団法人福島県農協役員共助会 御中

●ご記入前に必ず、お読みください。

(1) 本書類は、保険契約者ご本人の自筆でご記入ください。

(2) 本書類提出後の解約の取消・変更はできませんので、内容が確定してからご提出ください。

(3) 解約日以降に発生した給付金については補償されません。

(4) 退職互助医療保険の契約はできません。退職互助積立金は返戻いたします。

▼ 枠内のご記入をお願いします。

**共助会総合保険解約兼
退職互助積立金返戻申込書**

JA福島共助会

受付日

申込日 令和 7 年 4 月 1 日

私は、以下により共助会総合保険契約の解約および退職互助積立金返戻を申込みいたします。

会員コード		会員氏名	
団体コード	会員番号	フリガナ	漢字
12345678		キョウジョカイ	タロウ
		共助会	太郎

退職日（解約日）

令和 7 年 3 月 31 日

※退職による解約の場合は、社会保険の資格喪失日ではなく、実際に退職された日をご記入ください。

解約時の年齢

30 才

解約後の連絡先電話番号（必ず記入してください。）

090-1234-5678

解約理由（該当理由の番号に○をしてください。）

1. 定年退職・選択定年退職
退任・60歳以上の退職

2. 自己都合による退職

4. その他・退職以外

理由

解約に伴う注意事項

共助会総合保険契約の解約により解約返戻金が発生する場合は、共助会給付金振込口座（会員ご本人名義または所属団体）に振込みいたします。団体を經由して共助会給付金を受けていた方は、団体経由での返戻になります。

共助会使用欄

共助会	
解約年月	令和 年 月
共助会給付状況	
1. 無	2. 有
脱退給付金	
円	

退職互助（積立金）

満了者	期間中	開始前
有	解約返戻金	
円		
未加入		

団体名
事業所名） ふくしま農業協同組合

ふくしま
農業協
同組合

事務局長	検証	起案

団体名、公印を忘れず押印してください。

2-18 継続雇用する際の手続きについて

◎まず、継続雇用中も引き続き共助会の加入ができるかどうか、所属団体へご確認ください。
雇用形態により、保険料の事業主負担ができない団体もあります。

引き続き共助会の加入ができる場合

- 同団体で継続雇用される方…手続き不要です。（継続雇用期間終了時までそのまま継続されます。会員コードもそのままご使用ください。）
- 他団体で継続雇用される方…下表のとおり手続きしてください。

提出書類	共助会会員番号変更届（様式12号）
添付書類	①新規で取得された「健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書」の写し ②人事異動が分かる辞令の写し（合併による異動の場合は不要）
注意事項	①「健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書」が届いていない状態でも、継続雇用される月の5日（締切日）までに必ず届出してください。届出いただかないと、前に所属していた団体へ保険料の払込依頼がされてしまいます。 ②標準報酬月額が減額になった場合でも、保険料改定月（9月）までは保険料の変更はありません。 ③退職互助医療保険期間は、継続雇用期間終了後から20年間となります。

引き続き共助会の加入ができない場合

- 退職扱いでの手続きになりますので、「P35 手続方法判断フロー図」にてご確認ください、届出してください。

2-19 契約者会員が亡くなった際の手続きについて

●契約者会員が亡くなった場合、「共助会総合保険の契約者死亡に伴う解約・給付金申込書」を提出してください。

手続き方法等については下記のとおりです。

「共助会総合保険の契約者死亡に伴う解約・給付金申込書」の作成方法

- (1) 必要事項に記入・押印をしてください。
- (2) 死亡診断書の写しまたは除籍謄本の写しと、申請者の身元確認ができる書類（マイナンバーカード（顔写真面）または運転免許証等）の写しを添付のうえ提出してください。

〔共助会様式15号-③〕
共助会会員用

共助会総合保険の契約者死亡に伴う解約・給付金申込書

JA福島共助会

●ご記入前に必ず、お読みください。
(1) 本書は、申請者の自筆で記入してください。
(2) 本書に記入した内容について、確認のため連絡をさせていただく場合があります。
(3) 本書提出後の取消・変更はできませんので、内容が確定してからご提出ください。
(4) 死亡日以降に発生した給付金については補償されません。
(5) 退職互助医療保険の契約はできません。退職互助給付金は返戻いたします。

一般財団法人 福島県農協役員共助会 宛

申込日 7 年 5 月 1 日

▼契約者本人の死亡により、共助会総合保険契約の解約をします。
解約による解約返戻金および死亡給付金等がある場合は、この申込書により請求をします。

保険契約者	会員コード	会員氏名	死亡日
	団体コード 12345678	フリガナ キョウジョカイ ジロウ	令和 7 年 4 月 10 日
	会員番号	共助会 次郎	死亡日で契約は終了します。

申請者	氏名	共助会 ハナ	会員との続柄	妻
	〒960-0231		電話番号(日中の連絡先)	090-1234-5678
	住所	福島市飯坂町平野字三枚長1-1		

■契約者本人死亡に伴って添付いただく書類 ※①②必須添付③該当する場合のみ④添付	確認チェック	お問い合わせ 給付金等の振込先変更について、事業所の担当者に確認してください。
① 契約者本人の死亡日が確認できる書類(死亡診断書または除籍謄本)の写し	必須添付 ☒	Q. これまで共助会の医療給付金は、どちらの方法で給付されていますか? A. ①団体経由で給付 → ②口座振替または振込 ※給付金は事業所から給付されます。 ③個人口座に振込 申請者名義口座を指定してください。
② 申請者の身元確認ができる書類(マイナンバーカード(顔写真面)または運転免許証等の写し)	必須添付 ☒	
③ 給付金等振込先口座の通帳の写し (注) 共助会給付金の振込先が個人口座振替の場合のみ、申請者名義の口座に変更させていただきます。	個人口座の場合のみ添付 ☒	

▼共助会給付金振込先口座が会員本人名義口座(個人口座振替)でないため、自筆署名(口座名指印)を捺印してください。

金融機関名(JA名)	支店・店舗名	口座名義人
JAふくしま	三枚長	フリガナ キョウジョカイ ハナ
金融機関コード	店舗コード	共助会 ハナ
12345670001234		

共助会給付金		退職互助給付金	
契約年月	令和 7 年 4 月	積立状況・積立開始年月	解約(積立)返戻金
解約年月	令和 7 年 4 月	積立満了者	
共助会給付状況	無 有 無 有	積立期間中	円
	※平成19年4月以降の契約者が該当	積立開始前	※脱退給付金発生しない
	※脱退給付金発生しない	未加入者	積立なし

共助会死亡給付金		退職互助香典	
共助会契約締結10年以上	共助会契約締結10年未満	積立あり	積立なし
50,000円	30,000円	10,000円	香典なし

団体名 (事業所名) ふくしま農業協同組合

事務局長 検証 起案

遺族の方(相続された方)が申請してください。

添付書類を確認の上チェックをしてください。

給付金が個人口座に振込されている団体の場合は、必ず、申請者がお持ちの口座(JA)の記入をお願いします。

団体名、公印を忘れず押印してください。

2-20 扶養登録している配偶者が亡くなった際の手続きについて

●扶養登録している配偶者が亡くなった場合は、「死亡給付金」が給付されますので、「共助会総合保険給付金請求書」を提出してください。

手続き方法等は下記のとおりです。

死亡給付金の請求方法(共助会総合保険給付金請求書の作成方法)

- (1) 会員コード、会員氏名に記入・押印してください。
- (2) 死亡給付金〔配偶者〕の項目に必要な事項を記入し、添付書類と一緒に請求してください。
- (3) 別途、様式1号-③「共助会総合保険扶養者脱退届兼変更・訂正届」も一緒に提出してください。

(様式2号-②)

共助会総合保険給付金請求書

(療養・結婚・出産・死亡給付金〔配偶者〕)

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中
下記の事由が発生いたしましたので、共助会総合保険約款に基づき請求いたします。

受付日

令和 7 年 5 月 1 日

会員コード		会 員 氏 名	
団体コード	会員番号	共助会 太郎 (旧姓)	
1 2 3 4 5 6 7 8			

療養給付金

療養期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

給付対象⇒会員本人
添付書類⇒診断書の写し
注意事項⇒①療養のため就業できない期間が連続して30日以上で給付になります。
②会員期間中1疾病につき一回限りの給付。また、一事業年度に一回限りの給付となります。

結婚給付金

婚姻届日 令和 年 月 日 ~ 配偶者氏名

給付対象⇒会員本人の結婚
添付書類⇒戸籍抄本または婚姻届受理証明書の写し
注意事項⇒①共助会会員同士の結婚の場合は会員毎に請求してください。
②結婚により会員氏名が変更となる場合は、「共助会総合保険登録事項変更・訂正届」を一緒に提出してください。

出産給付金

出産年月日 令和 年 月 日 出産人数 人

新生児名

給付対象⇒会員本人または配偶者の出産
添付書類⇒母子手帳(出生届出済証明欄)の写し
注意事項⇒共助会会員同士の子女の場合は会員毎に請求してください。

死亡給付金〔配偶者〕

死亡年月日 令和 07 年 04 月 20 日

配偶者(死亡者)氏名 共助会 花子

給付対象⇒共助会に扶養登録されている配偶者(夫、妻)の死亡
添付書類⇒死亡診断書の写しまたは除籍謄本の写し
注意事項⇒「共助会総合保険扶養者脱退届兼変更・訂正届」を一緒に提出してください。

上記請求書は事実と相違ないことを認めます。

令和 7 年 5 月 1 日

団 体 名 ふくしま農業協同組合

※この届け出によって取得する個人情報(共助会)は当会の給付金支払い、事務・統計および分析等を

団体名、公印を忘れず押印してください。

〈死亡給付金〔配偶者〕〉

添付書類：

死亡診断書の写し又は除籍謄本の写し

注意事項：

扶養登録されていない配偶者は給付の対象になりません。

解約する時(任意解約)

2-21 解約(任意解約)する際の手続きについて

◎解約(任意解約)する場合は、「共助会総合保険解約兼退職互助積立金返戻申込書」を提出してください。
手続き方法等については下記のとおりです。



解約(任意解約)する場合は、必ず「共助会総合保険」と「退職互助積立」をセットで解約していただくことになります。片方だけの解約はできませんので、ご了承ください。
また、解約後は3年を経過しないと再契約することはできませんのでご注意ください。

「共助会総合保険解約兼退職互助積立金返戻申込書」の作成方法

(1) 必要事項(網掛け部分)に記入・押印のうえ提出してください。(添付書類は不要です。)

共助会様式15号 共助会会員用		共助会総合保険解約兼 退職互助積立金返戻申込書		JA福島共助会																												
一般財団法人福島県農協役員共助会 御中				受付日																												
●ご記入前に必ず、お読みください。 (1)本書類は、保険契約者ご本人の自筆でご記入ください。 (2)本書類提出後の解約・変更はできませんので、内容が確定してからご提出ください。 (3)解約日以降に発生した給付金については補償されません。 (4)退職互助医療保険の契約はできません。退職互助積立金は返戻いたします。																																
▼ 枠内のご記入をお願いします。																																
申込日 令和 7 年 5 月 1 日																																
私は、以下により共助会総合保険契約の解約および退職互助積立金返戻を申込みいたします。																																
会員コード 団体コード 12345678 保険契約者		会員氏名 フリガナ キョウジョカイ タロウ 漢字 共助会 太郎																														
退職日(解約日) 令和 7 年 4 月 30 日		解約時の年齢 30 才		解約後の連絡先電話番号(必ず記入してください。) 090-1234-5678																												
※退職による解約の場合は、社会保険の資格喪失日ではなく、実際に退職された日をご記入ください。																																
解約理由(該当理由の番号に○を付けてください)																																
1. 定年退職・選択定年退職 退職・60歳以上の退職		2. 自己都合による退職		4. その他・退職以外 理由 今後、利用しないため。																												
解約に伴う注意事項 共助会総合保険契約の解約により解約返戻金が発生する場合は、共助会給付金振込口座(会員ご本人名義または所属団体)に振込みいたします。団体を經由して共助会給付金を受けていた方は、団体経由での返戻になります。																																
共助会使用欄 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">共助会</th> </tr> <tr> <th>解約年月</th> <th>令和</th> <th>年 月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">共助会給付状況</td> </tr> <tr> <td>1. 無</td> <td colspan="2">2. 有</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> 返還給付金 円 </td> </tr> </tbody> </table>			共助会			解約年月	令和	年 月	共助会給付状況			1. 無	2. 有		返還給付金 円			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">退職互助(積立金)</th> </tr> <tr> <th>満了者</th> <th>期間中</th> <th>開始前</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>有</td> <td colspan="2"> 解約返戻金 円 </td> </tr> <tr> <td>未加入</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			退職互助(積立金)			満了者	期間中	開始前	有	解約返戻金 円		未加入		
共助会																																
解約年月	令和	年 月																														
共助会給付状況																																
1. 無	2. 有																															
返還給付金 円																																
退職互助(積立金)																																
満了者	期間中	開始前																														
有	解約返戻金 円																															
未加入																																
団体名(事業所名) ふくしま農業協同組合			<table border="1"> <tr> <td>事務局長</td> <td>検証</td> <td>記案</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			事務局長	検証	記案																								
事務局長	検証	記案																														

「4. その他・退職以外」を
囲んでいただき、解約する
理由を記入してください。

団体名、公印を忘れず
押印してください。

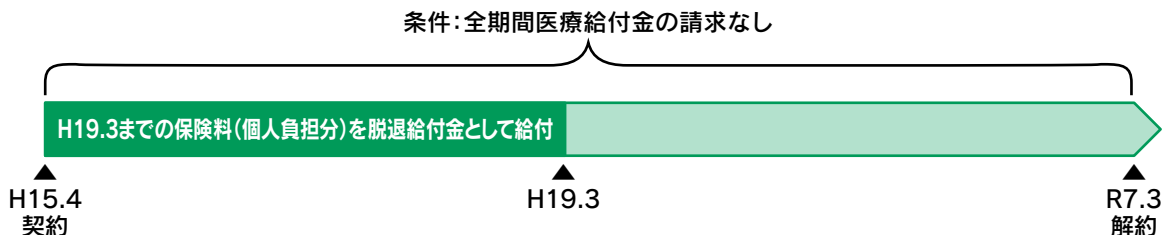
2-22 解約返戻金の算出方法について

共助会総合保険 算出方法など

○解約返戻金はありません。

ただし、平成19年3月までに共助会総合保険にご契約いただいていた方に限り、解約時まで一度も「医療給付金」を受けていない場合は、「脱退給付金」として平成19年3月まで払込みいただいた保険料の個人負担分全額をお支払いいたします。

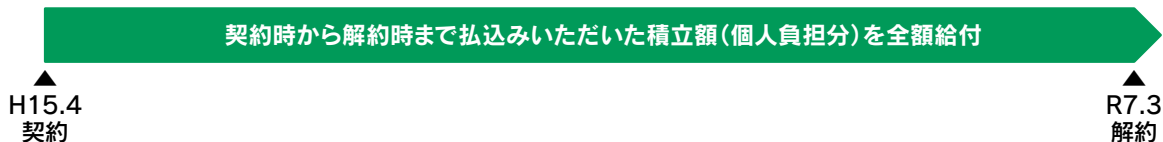
〈脱退給付金の算出方法イメージ〉



退職互助医療保険 算出方法など

○退職互助医療保険については、解約時まで払込みいただいた積立額の個人負担分を解約返戻金としてお支払いいたします。

〈解約返戻金の算出イメージ〉



会員マイページについて(現職者)

2-23 会員マイページの概要と登録方法について

◎「会員マイページ」とは、事前に登録手続きをすることにより、各会員がID(会員コード)・パスワードでログインし、共助会からの給付状況や会員情報をご確認いただけるインターネットサービスです。無料でご利用できます。

照会できる内容

医療給付金の給付状況や明細照会

医療給付金明細	受付月別給付明細
検索対象 給付済医療費明細 対象者 〇〇〇〇 病院名 〇〇〇〇診療所 給付月 R7 年 1 月 ~ 1 年 1 月 診療月 1 年 1 月 ~ 1 年 1 月 照会	【R6年8月受付分】2件 通常給付分 11,580円 + 高額給付分 0円 = 給付合計額 11,580円
【R6年11月診療分】 請求金額 5,310円 給付金額 4,310円	【通常給付分】2件 合計請求金額 13,580円 合計給付金額 11,580円
【999999999999】 R6年12月受付/R7年1月給付 〇〇 〇〇 (本人) 〇〇〇〇診療所：外来 請求金額 5,310円 給付金額 4,310円	【999999999999】(給付済) R6年 9 月給付/R6年7月診療 〇〇 〇〇 (本人) 〇〇〇〇クリニック：外来 請求金額 10,720円 給付金額 9,720円
	【999999999999】(給付済) R6年 9 月給付/R6年8月診療 〇〇 〇〇 (本人) 〇〇〇〇診療所：外来 請求金額 2,860円 給付金額 1,860円

契約者会員情報・保険料(積立金)・給付情報などの照会

●契約者会員情報

会員コード	1900-9999	退職団体名	〇〇〇農業協同組合
契約者会員氏名(カナ)	キヨフコイ ハナ	退職互助医療保険契約日	H〇年〇月〇日
契約者会員氏名(漢字)	共助会 太郎	所得区分	一般所得
保険期間	R〇年〇月〇日～R〇年〇月〇日		
被保険者氏名(本人)	キヨフコイ ハナ	生年月日	〇〇年〇月〇日
共助会 太郎	〇〇年〇月〇日	使用健康保険	社保
被保険者氏名(配偶者)	キヨフコイ ハナ	生年月日	〇〇年〇月〇日
共助会 花子	〇〇年〇月〇日	使用健康保険	社保
郵便番号	999-9999	給付金振込先口座	
住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	金融機関名	〇〇〇〇〇ノウキヨフ
電話番号	999-999-9999	店舗名	ホンテン
メール配信有無	無	口座番号	****678

●保険料(積立金)・給付情報

退職互助積立金		給付実績	
退職互助積立金	***** 円	医療給付	***** 円
一時払積立金	***** 円	香典	***** 円
保険料合計額	***** 円	給付合計額	***** 円



標準報酬月額登録(定時決定)について

2-24 標準報酬月額登録方法について

- ◎当会では、標準報酬月額を基に共助会保険料並びに退職互助積立金を算出しております。
社会保険の定時決定に併せて、共助会へ標準報酬月額登録の届出が必要となります。
なお、共助会は、毎年9月より新標準報酬月額となり、随時改定はいたしません。
届出方法は次のとおりです。

OBIC7を利用している団体

電算センターからの指示により行ってください。

OBIC7を利用していない団体

毎年7月前後に、共助会より「共助会標準報酬登録表」を送付いたしますので、期日までに提出してください。

※データによる提出もできますので、ご希望の際は共助会にご連絡ください。

(様式3号)

共助会標準報酬登録表

一般財団法人 福島県農協役員共助会 御中

団体名 ふくしま農業協同組合
事業主 福島 太郎

団体名 1234 ふくしま農業協同組合

会員番号	標準報酬月額(円)	契約会員氏名	生年月日	契約日
5678	470000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5679	440000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5680	500000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5681	410000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5682	440000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5683	380000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5684	380000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5685	360000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5686	410000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5687	320000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5688	340000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5689	300000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5690	280000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5691	260000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5692	240000	〇〇 〇〇	50/0/0	H0/0/0
5693	220000	〇〇 〇〇	H0/0/0	RO/0/0
5694	200000	〇〇 〇〇	H0/0/0	RO/0/0
5695	180000	〇〇 〇〇	H0/0/0	RO/0/0
5696	190000	〇〇 〇〇	H0/0/0	RO/0/0
5697	170000	〇〇 〇〇	H0/0/0	RO/0/0

※会員番号は、健保番号ではありませんのでご注意ください。
(ただし、R3.3までに契約された方の会員番号は健保番号と同番号となっています。)

※社会保険事務所で決定される算定基礎額に基づいた標準報酬月額を記入してください。
(例) 142000、180000、300000...と右詰めで記入する。

団体名、事業主名、公印を忘れず押印してください。

「標準報酬月額」は、必ず社会保険の標準報酬月額を記入してください。
※「標準報酬月額」以外は予め印字されています。

医療給付金

3-1 医療給付金の請求方法について

病院分(総合病院・病院・医院・クリニック・歯科・接骨院など)の領収書の分け方

下図に従って、領収書を分けていただき、1請求ごとに医療給付金請求書を作成してください。



※1請求分を複数に分けて請求した場合、**一部負担額をそれぞれ差し引いて給付いたします。**

一部負担額(3,000円)を超えているものを請求してください。

調剤薬局分(院外処方)の領収書の分け方

下図に従って、領収書を分けていただき、1請求ごとに医療給付金請求書を作成してください。



※院内処方分は病院分として請求してください。

一部負担額に関係なく請求できます。

医療給付金請求書の作成方法

- (1) 表面の必要事項に記入してください。
- (2) 裏面の「のり付け箇所」に1請求分の領収書を添付してください。(複数枚ある場合は重ねて添付)

(表面)

「会員コード」は、**会員証**もしくは**契約証**に記載されています。

所得区分も必ず記入してください。
所得区分が不明なときは、加入している健康保険にお尋ねください。

受診時の年齢を記入してください。

保険外を除いた金額をそのまま記入してください。

必要事項に記入してください。

記入もれがあると返送されます。

(裏面)

領収書(原本)

必ず「のり付け」してください。(ホッチキスやセロテープは使用できません。)

※高額療養費に該当する場合は、**決定通知書(原本)**や**限度額適用認定証(写し)**も添付していただくことになります。(「3-2 医療給付金の請求方法について(高額な医療費)」参照)

3-2 医療給付金の請求方法について(高額な医療費)

高額な医療費とは

高額な医療費とは、高額療養費制度に該当している医療費です。

高額療養費制度とは、**医療機関や調剤薬局の窓口で支払った額がひと月で一定額(自己負担限度額)を超えた場合に、加入健康保険へ高額療養費の申請を行うことで、その超えた金額が加入健康保険から支給される制度です。**

なお、入院・外来に関係なく、高額な医療費が発生する前に加入健康保険へ「**限度額適用認定証**」の発行手続きを行い、発行された認定証やマイナ保険証を医療機関に提示することで、窓口での支払いを一定額(自己負担限度額)までにとどめることができます。

共助会では、自己負担限度額までが給付対象となります。

自己負担限度額 (共助会から給付)

高額療養費 (健康保険から給付)

窓口負担額(1～3割負担分)

自己負担限度額とは

年齢・所得区分(標準報酬月額)・支給回数によって金額が異なります。それぞれの自己負担限度額は次のとおりです。

※支給回数とは、該当する診療月を含めた過去1年間で高額療養費に該当した回数になります。

〈70歳未満〉

(R7.11現在)

	所得区分		1回目～3回目	4回目以上 (多数該当)
	健 保	国 保		
区分ア	標準報酬月額 83万円以上	基礎控除後の総所得金額が901万円を超える世帯	252,600円+ (総医療費-842,000円)×1%	140,100円
区分イ	標準報酬月額 53～79万円	基礎控除後の総所得金額が600万円を超え、901万円を超えない世帯	167,400円+ (総医療費-558,000円)×1%	93,000円
区分ウ	標準報酬月額 28～50万円	基礎控除後の総所得金額が210万円を超え、600万円を超えない世帯	80,100円+ (総医療費-267,000円)×1%	44,400円
区分エ	標準報酬月額 26万円以下	基礎控除後の総所得金額が210万円を超えない世帯	57,600円	44,400円
区分オ	住民税非課税世帯		35,400円	24,600円

〈70歳以上〉

区分(年収)	外来のみ(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
年収約1160万～ 標報83万円以上 課税所得690万以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% 〈4回目以上:140,100円〉	
年収約770万～1160万 標報53～79万円 課税所得380万以上	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% 〈4回目以上:93,000円〉	
年収約370万～770万 標報28～50万円 課税所得145万以上	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% 〈4回目以上:44,400円〉	
一般所得 年収155万～370万円	18,000円 (年間14.4万円上限)	57,600円 〈4回目以上:44,400円〉
低所得Ⅱ(被保険者が住民税非課税)	8,000円	24,600円
低所得Ⅰ(世帯全体が住民税非課税)		15,000円

限度額適用認定証とは

入院・外来に関係なく、高額な医療費が発生する前に加入健康保険へ「限度額適用認定証」の発行手続きを行い、発行された認定証を医療機関に提示しておくことで、窓口での支払いを一定額(自己負担限度額)までにとどめることができます。

※オンライン資格確認を導入している医療機関ではマイナ保険証を提示することで、認定証と同様に自己負担限度額までの支払いにとどめることができます。



下記(1)・(2)に該当する場合、当会への請求前に高額療養費の申請が必要になります。

(1) 限度額適用認定証やマイナ保険証を使用した医療費の他に、同診療月に世帯合算分になる**21,000円以上の医療費(外来分は調剤薬局分も合算して判断)**がある場合。

(2) 限度額適用認定証やマイナ保険証を使用した医療費の他に、**同診療月・同世帯分で70歳～74歳の医療費**がある場合。

限度額適用認定証の例

健康保険限度額適用認定証	
令和 年 月 日 発	
被保険者	記号 番号 性別 氏名 生年月日
適用対象者	氏名 性別 生年月日 住所 発給年月日
適用区分	適用区分
保険者	所在地 保険者 支所

適用区分は、高額療養費の所得区分です。

世帯合算とは

世帯合算とは、同健康保険内の本人・家族の中で、病院や調剤薬局で支払った1カ月の自己負担額で21,000円を超えた医療費が複数ある場合など、それらの合計額が自己負担限度額を超えた場合に申請できる制度です。世帯合算となる主なパターンは次のとおりです。

例：会員本人65歳・所得区分ウ・高額療養費1回目該当の場合

パターン① 70歳未満のみの世帯合算

～70歳未満は、21,000円以上の医療費は世帯合算対象となります～



R7.4 入院 83,000円
(限度額適用認定証使用)

R7.4 外来 26,000円



R7.4 外来 病院分15,000円 } 23,000円
調剤薬局分 8,000円

※外来分は、病院分とその病院からの処方による調剤薬局分を合わせて21,000円を超えていれば該当します。

合算合計
132,000円

自己負担限度額
80,100円を超えているので、
高額療養費の対象になります。

例：会員本人67歳・所得区分ウ・高額療養費1回目該当の場合

パターン② 70歳未満・70～74歳の世帯合算

～70歳未満の医療費が21,000円以上で、70～74歳の同月分の
医療費の合計額が高額療養費に該当した場合は世帯合算対象となります～



R7.4 入院 78,000円
(3割負担)



R7.4 外来 病院分8,000円 } 8,500円
調剤薬局分 500円

※上記のような場合は70～74歳の医療費が21,000円以下でも世帯合算できます。

合算合計
86,500円

自己負担限度額
80,100円を超えているので、
高額療養費の対象になります。

高額な医療費の請求方法確認フロー図



高額な医療費(21,000円以上)があった場合は、下記のフロー図で請求方法をご確認ください。ただし、70歳以上の方の医療費は、決定通知書の添付は必要ありませんので、通常の請求方法でご請求ください。確認フロー図で判断できない場合は当会までお問い合わせください。

～まず、お手元の領収書を通常の方法「3-1 医療給付金の請求方法」で分けた上、
はい・いいえでお進みください～

「マイナ保険証」または「健康保険限度額適用認定証」を使用しましたか？

はい

いいえ

「マイナ保険証」または「限度額適用認定証」を使用した医療費の他に、同月で21,000円以上の医療費はありますか？

いいえ

はい

高額療養費申請は【不要】

次ページの「**高額な医療費の請求方法①**」を参照してください。

①支払ってきた保険適用分の自己負担額は、自己負担限度額を超えていますか？

②21,000円以上の医療費が複数あり、その合計額が自己負担限度額を超えていますか？

③70歳未満の21,000円以上の医療費と70～74歳の医療費の合計額が自己負担限度額を超えていますか？

①～③のうち
1つでも該当している

①～③いずれにも
該当しない

高額療養費申請は【必要】

次ページの「**高額な医療費の請求方法②**」を参照してください。

高額療養費申請は【不要】

通常の請求方法で請求してください。



調剤薬局分は処方箋を交付した病院の外来分に含めて計算します。合計額が、21,000円以上であれば合算対象です。合わせて自己負担額を超えている場合は高額医療費の申請が必要です。

請求方法は次ページ→

3-3 医療給付金の請求方法について(他制度から助成がある医療費)

他制度から助成がある医療費とは

加入されている健康保険組合や共済組合等によっては、当会と同様の医療費の付加給付事業を行っている場合があります。そういった付加給付事業を行っている健康保険組合等を総称し、当会では「他制度」と呼称しており、「他制度」の助成対象となる医療費のことを「他制度から助成がある医療費」としています。

当会では、「他制度から助成対象となる医療費」については、二重に給付を受けることがないよう、下図のとおり、他制度の「付加給付控除額」までの給付をしております。

他制度から助成がある医療費の共助会給付対象分および給付計算方法

例：配偶者の付加給付控除額が25,000円で、病院での窓口負担が60,000円だった場合



○給付計算方法○

(共助会給付対象分25,000円 - 一部負担額3,000円) × 給付率85% = 18,700円

※医療費の合算対象分がある場合は、合算状況に応じて算出します。

他制度から助成がある医療費の請求方法

領収書の分け方等は通常どおりですが、医療給付金請求書内の「保険適用分の請求金額」が、**他制度の「付加給付控除額」を超えている場合は、医療給付金請求書の裏面に、領収書の他、他制度からの「給付金支給決定通知書(原本)」を必ず添付のうえ請求してください。**

また、「付加給付控除額」を超えていない場合でも、他制度より付加給付を受けた場合は必ず添付してください。

なお、当会では「給付金支給決定通知書」の金額に基づいて給付額を算出します。

請求方法判断フロー図 ～下記のフロー図により請求方法を判断してください。～

医療給付金請求書内の「保険適用分の請求金額」は「付加給付控除額」を超えていますか？

はい

いいえ

「医療給付金請求書」に「**領収書(原本)**」と「**給付金支給決定通知書(原本)**」を添付のうえ請求してください。

通常通りの請求方法で請求してください。
※「医療給付金請求書」に「領収書(原本)」のみを添付のうえ請求してください。

～請求イメージ～

医療給付金請求書

裏面に添付

領 収 書(原本)

+

給付金支給決定通知書
(原本)

登録事項の変更手続き

3-4 登録事項の変更手続きについて

◎契約者会員(本人)の登録事項に変更・訂正等があった場合、変更手続きが必要になります。
各事項の届出書類や添付書類等については下表のとおりです。速やかに届出してください。

変更手続きが必要な事項	届出書類	添付書類
氏名変更・氏名の文字訂正	退職互助医療保険 登録事項変更届	なし
住所・電話番号変更		なし
口座変更		通帳の写し
健康保険種別変更		「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し
他制度に該当		「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」などの写し、助成内容が確認できるパンフレット等の写し
障がい認定に該当	公費負担・助成制度 該当申出書	障がい者手帳の写し、交付されている場合は重度心身障がい者医療費受給者証の写し(所得制限により公費助成を受けられない場合は、公的機関から発行された所得制限期間がわかる通知の写しを添付してください。)
指定難病医療費助成制度に該当		指定難病医療費受給者証の写し
その他公費助成制度に該当		手帳や受給者証などの写し



公費助成制度等に該当した場合、当会へ速やかに届出がされないと、給付金の過払いが発生してしまう恐れがあります。過払いが発生した場合、給付金は全額返還していただくことになりますのでご注意ください。

作成方法は次ページ→

退職互助医療保険登録事項変更届の作成方法

- (1) 会員コード、会員氏名等を記入してください。
- (2) 変更・訂正する登録事項のみ、変更・訂正後の内容を記入してください。

(退職互助様式 5 号)
退職会員用

JA福島共助会
受付日

令和 7 年 9 月 30 日届出

退職互助医療保険登録事項変更届(兼配偶者資格喪失届)

一般財団法人福島県農協職員共助会 御中

この度、貴会に登録している内容に変更が生じましたので、下記のとおり届け出いたします。

会 員 コード
1 2 3 4 0 0 0 1

住 所(変更前) 福島市飯坂町平野字三枚長 1-1
会員氏名(変更前) 共助会 太郎

1. 氏名変更・・・登録されている氏名を変更する場合記入してください。
(変更後の氏名が確認できる書類〔資格情報のお知らせ〕または〔資格確認書〕などの写しを添付してください。)

変更対象者(該当者に○) 変更後の氏名
本人 配偶者 フリガナ フクシマ タロウ
福島 太郎

2. 住所・電話番号変更

郵便番号(7桁で記入) 住所(漢字)
9 6 0 - 1 2 3 4 福島市飯坂町平野字二枚長 1-2
電話番号(携帯電話でも可)
0 2 4 - 5 5 4 - 1 2 3 4

3. 口座変更・・・金融機関は JA のみとなります。(通帳の写しを添付してください。)

給付金振込先金融機関名 給付金振込先金融機関店舗名 金融機関コード 店舗コード 口座番号(右づめ)
JA ふくしま 二枚長 本店・本所 支店・支所 1 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1

※変更できるのは、会員本人名義の口座に限ります。

4. 保険種別変更(該当する方のみ記入の上、「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写しを添付してください。)

○ 本人 7 年 8 月より 国民 健康保険に変更になりました。
○ 配偶者 7 年 8 月より 国民 健康保険に変更になりました。

5. 他制度より医療費の助成があります。(助成内容が分かるパンフレット等の写しを添付してください。)

○ 該当者は、本人・配偶者・両者です。(該当項目を○で囲んでください。)

制度名 国民健康保険組合 助成対象金額 1 件あたり 30,000 円以上
※他制度とは、健康保険組合や共済組合、他互助会等からの付加給付制度になります。

6. 所得区分変更

○ 本人 7 年 8 月より 低所得 に変更になりました。
○ 配偶者 7 年 8 月より 低所得 に変更になりました。

7. おしらせメール配信の変更

メール配信 メールアドレス
1. 申込む(アドレス変更) @
2. 停止する

8. 配偶者が資格喪失となる事由が発生しましたので、お届けします。(該当項目を○で囲んでください。)

ア. 離婚したため イ. その他(理由)
○ 上記事由の発生日 令和 年 月 日

(注意事項) 届け出の締め切りは、毎月5日までとなります。
※ この届け出によって取得する個人情報、当会の給付金支払い事務・統計および分析を目的に利用いたします。

事務局長 検 証 起 案

(令7. 5月)

住所、氏名の変更・訂正をする場合は、変更前の住所、氏名(旧姓)で記入してください。

変更・訂正する項目のみ記入してください。

通帳の写し(口座名義(カナ)・口座番号が確認できる部分)を添付してください。

公費負担・助成制度該当申出書の作成方法

- (1) 会員コード、会員氏名等を記入してください。
- (2) 公費負担・助成制度の対象となる方の氏名、続柄等を記入してください。
- (3) 該当する制度名または法律名に○をつけてください。
- (4) 手帳や受給者証が交付されている場合は、その写しを裏面に添付のうえ提出してください。

(表面)

(様式 11 号 共助会・退職互助会)

公費負担・助成制度該当申出書

一般財団法人 福島県農協役員共助会 届中
下記のとおり公費負担・助成制度に該当しましたので届け出いたします。

交付日 令和 7 年 10 月 1 日

会員コード	会員氏名	会員区分
1 2 3 4 0 0 0 1	共助会 太郎	1. 共助会会員 (現職者) 2. 退職互助会会員 (退職者)

該当者氏名	続 柄	公費負担・助成制度該当日
共助会 太郎	本人	S H 7 年 9 月 1 日

該当した公費負担・助成制度名

① 障がい認定 (等級:) 級	2. 自立支援医療制度 (精神通院医療・更正医療・育成医療)
3. ひとり親家庭医療費助成制度	4. 妊産婦医療費助成制度 (出産予定日: 年 月 日)
5. 指定難病医療費助成制度 (特定疾患)	6. 肝臓治療医療費助成制度
7. 結核医療費公費負担制度	
8. 健康保険組合からの助成 (健康組合名:)	助成対象金額: (円以上)
9. その他公費負担・助成制度 (制度名:)	

所得制限有無

① なし (公費等から助成を受けられない) 2. あり (公費等から助成を受けられない)
【所得制限期間】 年 月 日～ 年 月 日まで

添付書類 (添付してください)

① 各種公費負担・助成制度に該当した際に交付された手帳及び医療費受給者証の写し。
② 手帳や医療費受給者証の交付がないときは、公的機関発行の公費負担が証明できる書類の写し。
③ 高所得等所得制限に該当している場合は、所得制限期間を証明する通知書の写し。
④ 健康保険組合からの助成があるときは、「医療情報のお知らせ」または「医療証書」の写しと、助成内容が分かるシリアルシート等の写し。

注意事項

(1) 当会の医療給付は、公費負担・助成制度に該当している場合、該当する金額を差し引いて給付します。(障がい認定に該当している方で「重度心身障がい者医療費受給者証」をお持ちの方、「ひとり親家庭医療費助成制度」、「妊産婦医療費助成制度」に該当している場合、当会の医療給付 (保険適用分の給付) は給付対象となります。)

(2) 届け出の内容に変更があった場合は、速やかに再度届け出てください。

(3) 共助会の医療給付金と公費負担を同時に受けることはできません。判明した場合、ただちに金額返金していただくことになります。

団体名 (事業所名) 会

事務局長 検証 総案

※この届け出によって取得する個人情報、当会の保険料徴収ならびに給付金支払い事務・統計および分析等を目的に利用いたします。

公費負担・助成制度該当日を記入してください。

該当した制度名を記入してください。(○をつけてください。)

退職互助会会員の方は記入・押印は不要です。

高所得等により公費が受けられない場合は、「2.あり」に○を付け制限期間を必ず記入し、受けられないことを証明できる書類の写しを添付してください。

(裏面)

下記の欄をご記入のうえ、添付書類をのり付け欄へ添付してください。

会員コード	会員氏名	会員区分
1 2 3 4 0 0 0 1	共助会 太郎	1. 共助会会員 (現職者) 2. 退職互助会会員 (退職者)

該当者氏名	続 柄	公費負担・助成制度該当日
共助会 太郎	本人	S H 7 年 9 月 1 日

添付書類のり付け欄

※このり付け欄より大きな書類については、のり付けはせずにホッチキス等で申出書に添付してください。

手帳や医療費受給者証等の添付書類をのり付けしてください。

障がい者手帳

受給者証

など

死亡時

3-5 香典の申請方法について（退職者）

◎退職互助医療保険の待機期間中および保険期間中に契約者会員がお亡くなりになった場合は、香典が給付されます。申請方法等については次のとおりです。

給付対象者	待機会員（保険期間待機中）…契約者会員のみ 医療保険会員（保険期間中）…契約者会員・配偶者
提出書類	退職互助香典給付申請書（様式6号）
添付書類	〈本人死亡の場合〉 ①死亡診断書の写しまたは除籍謄本の写し ②契約者会員がお亡くなりになった場合は、配偶者またはご遺族の通帳の写し ③申請者が配偶者以外の場合は、申請者の身元が確認できる書類（マイナンバーカード（顔写真面）、運転免許証等）の写し 〈配偶者死亡の場合〉 ①死亡診断書の写しまたは除籍謄本の写し
注意事項	待機期間中の契約者会員がお亡くなりになった場合は、積立いただいた個人負担分全額をお支払いいたしますので、別紙「退職互助解約申込書」も提出してください。

香典の申請方法（香典申請書の作成方法）

- (1) 会員コード、会員氏名に記入・押印してください。
- (2) 死亡給付金（弔慰金）の項目に必要な事項を記入し、添付書類と一緒に請求してください。

会員証または契約証に記載のある番号を記入してください。

ご遺族の方に限ります。

申請者以外の口座へ変更することはできません。

忘れずに添付してください。

会員証または契約証に記載のある番号を記入してください。

忘れずに添付してください。

（退職互助様式6号）
退職会員用

退職互助香典給付申請書

一般財団法人 福島県農協役員共助会 御中

受付日 令和7年11月30日

下記の事由が発生いたしましたので、貴会退職互助規程に基づき請求いたします。

1. 会員本人の死亡（口座変更の欄も必ずご記入ください。）

会員コード 1123401011	会員氏名（死亡者氏名） 共助会 太郎	死亡年月日 R 07 11 01
申請者氏名 共助会 花子	会員との続柄 配偶者	
申請者住所 〒960-0231 福島市飯坂町平野字三枚長1-1	申請者電話番号（日中の連絡先） 024-554-3512	
金融機関名 JAふくしま	店 舗 名 JA・本所	口座名義人氏名 共助会 花子
金融機関コード 1123401011	店 舗 コード 1123415167	フリガナ キョウジョカイ ハナコ

添付書類
①死亡診断書の写しまたは除籍謄本の写し
②通帳の写し（口座名義と番号が確認できること）
③申請者が配偶者以外の場合は、申請者の身元が確認できる書類（マイナンバーカード（顔写真面）、運転免許証等）の写し

注意事項
①死亡診断書は、申請者またはご遺族が取得する必要があります。
②死亡診断書は、申請者またはご遺族が取得する必要があります。
③JAの組合員、関係JAおよびJA以外発費

2. 配偶者の死亡

会員コード 1123401011	会員氏名 共助会 太郎
死亡者氏名（配偶者氏名） 共助会 花子	死亡年月日 R 07 11 01

添付書類
死亡診断書の写しまたは除籍謄本の写し

フリガナを忘れず記入してください。

解約する時

第3章

退職互助医療保険について（退職者）

3-6 解約する際の手続きと解約返戻金の算出方法について

◎退職互助医療保険は、「退職互助医療保険解約申込書」を提出することにより、いつでも解約することができます。手続き方法と解約返戻金については下記のとおりです。

解約申込書の作成方法

- (1) 会員コード、会員氏名の記入・押印をしてください。
- (2) 会員証（原本）とご本人であることが確認できるものの写し（マイナンバーカード（顔写真面）、運転免許証、パスポートなど）を添付してください。
- (3) 口座の変更をされる場合は、口座変更欄にご記入いただき、通帳のコピー（口座名義（カナ）・口座番号が確認できるところ）を添付してください。

解約理由を記入してください。
(○をつけてください。)

口座変更欄は、希望の方のみ
記入してください。

解約返戻金の算出方法

待 機 会 員
(待機期間中)

現職時に積立てた保険料の個人負担分が全額返戻されます。

医療保険会員
(保険期間中)

$[一時払保険料] \times 0.25 \div 240 \times (240 - \text{経過月数})$

会員マイページについて（退職者）

3-7 会員マイページの概要と登録方法について

◎「会員マイページ」とは、事前に登録手続きをすることにより、各会員がID（会員コード）・パスワードでログインし、共助会からの給付状況や会員情報をご確認いただけるインターネットサービスです。無料でご利用できます。

照会できる内容

医療給付金の給付状況や明細照会

医療給付金明細

検索対象 給付請求者明細

対象者 〇〇〇〇

病院名 〇〇〇〇診療所

給付月 R7 年 1 月～

診療月 〇 年 〇 月～

受付月別給付明細

【R6年5月受付分】 2件

通常給付分 1,160円 +

高額給付分 54,600円 =

給付合計額 55,760円

給付合計額 55,760円 -

世帯限度控除額 詳細 10,200円 -

振込手数料 60円 =

当月振込額 45,500円

【通常給付分】 1件

合計請求金額 1,160円

合計給付金額 1,160円

【999999999999】 (給付済)

R6年6月給付／R6年4月診療

〇〇 〇〇 (本人)

〇〇〇〇薬局：外来

請求金額 1,160円

給付金額 1,160円

【高額給付分】 1件

合計請求金額 57,600円

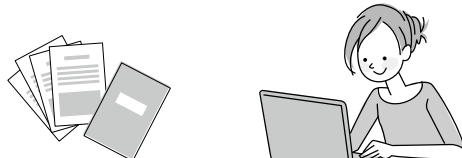
合計給付金額 54,600円

(給付済)

R6年6月給付／R6年5月診療

請求金額 57,600円

給付金額 54,600円



契約者会員情報・保険料(積立金)・給付情報などの照会

●契約者会員情報

会員コード	1900-9999	退職団体名	〇〇〇農業協同組合
契約者氏名(カナ)	キタノミチ子	退職互助医療保険契約日	H〇年〇月〇日
契約者氏名(漢字)	共助会 太郎	所得区分	一般所得
保険期間	R〇年〇月〇日～R〇年〇月〇日		
被保険者氏名(本人)	キタノミチ子	生年月日	50年〇月〇日
共助会 太郎	50年〇月〇日	使用健康保険	国保
キタノミチ子	50年〇月〇日	使用健康保険	国保
共助会 花子	50年〇月〇日	使用健康保険	国保

郵便番号	999-9999
住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
電話番号	999-999-9999
メール配信有無	有
メールアドレス	

給付金振込先口座	
金融機関名	〇〇〇〇〇 〇〇〇〇
店舗名	ホンデン
口座番号	****678

●保険料(積立金)・給付情報

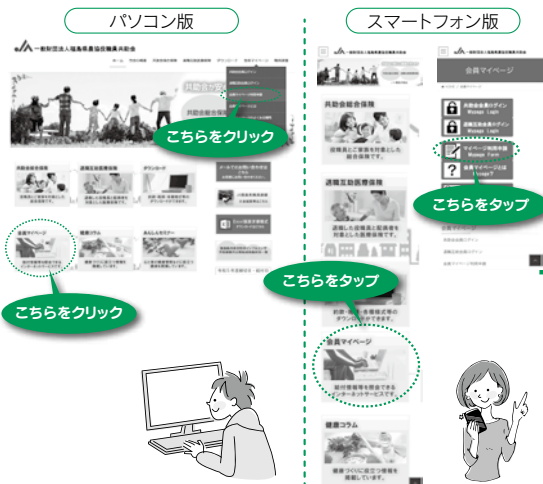
退職互助積立金	***** 円
一時払積立金	***** 円
保険料合計額	***** 円
給付実績	
医療給付	***** 円
香典	***** 円
給付合計額	***** 円

登録方法

STEP1～4の手順でご登録ください。

STEP 1

PCやスマートフォン等より、当会サイト内「会員マイページ」のバナー(ボタン)から「会員マイページ利用申請」をクリック(タップ)してください。
※当会サイトは「JA福島共助会」で検索できます。
URLは <http://ja-kyojokai.or.jp> です。



STEP 2

会員マイページ利用申請フォームに入力し、会員規約に同意の上送信してください。
※正しく送信されると【受付完了メール】が送信されます。

全て入力しましたら、会員規約に同意の上送信してください。

STEP 3

利用申請後2～3営業日以内に、指定されたメールアドレスへ審査の結果が送信されます。

会員ご本人と確認できた場合
【仮登録完了メール】が送信されます。
STEP 4に進みます。

会員ご本人と確認できない場合
【登録不可メール】が送信されます。
入力内容を再度ご確認ください。
※セキュリティの関係上、審査内容を開示することはできませんのでご了承ください。現時点での登録内容を確認したい場合は、メールに添付されている「保険契約発行申込書」をご提出ください。

STEP 4

【仮登録完了メール】が届いた方は、お使いのPCやスマートフォン等のインターネットブラウザに合った『手順書』に従って、クライアント証明書のインストールと本申請をしてください。クライアント証明書のインストールと本申請が終了すると登録完了です。会員ログイン画面にログインすることで会員マイページを利用することができます。

(1) クライアント証明書のインストール

PC(Windows)の場合、このような画面が表示されます。

※スマートフォンからインストールする場合、端末の種類やバージョンによっては、画面ロックの設定が必要な場合があります。

※iPhoneでGmailを指定された場合、iOS用のGmailアプリでは、クライアント証明書を開けません。GmailアプリではなくSafariからGmailにアクセスすることで開けます。



(2) 本申請 ※必ずクライアント証明書インストール終了後に行ってください。

4-1 各種届出・請求書の締切日と給付日について

すべての届出・請求書において…
毎月5日が締切日(当会必着)
 ※5日が日・祝の場合は翌営業日になります。



給付金関係は…
毎月25日が給付日
 ※25日が土日祝の場合は翌営業日になります。

4-2 給付金の請求期限について

各給付金の請求期限は下表のとおりです。お早めのご請求をお願いします。

給付金の種類	請求期限
医療給付金・インフルエンザ予防接種代給付金	3年
療養給付金・死亡給付金・香典	
結婚給付金・出産給付金	6ヶ月

4-3 医療給付金請求書の領収書添付方法について

◎医療給付金請求書に領収書を添付する際は、以下のように添付してください。

領収書の添付方法(良い例)①

※このように、領収書は「領収書添付欄」にのり付けしてください。

医療給付金請求書兼領収書

患者の氏名(本人、長男、二男など) 患者名 花子 患者の生年月日 平成29年4月1日

診療年月 診療日数 保険適用分の請求金額 2,350 円

平成29年02月01日 2,350 円

入院・外来判定に○をつける。

①外来 ②入院 (入院期間を記入する。) 疾病部位、症状または病名 腰痛

病院または薬局の電話番号 病院または薬局名

共助会記入欄

診療費請求書兼領収書

患者氏名 様 請求期間 平成29年2月24日～年月日

受診科 人外 請求額 発行日 平成29年2月24日 保険区分 協会 負担割合 30% 本人区分

初診料	再診料	入院料	料等	医学管理	在宅医療	検査	画像診断	投薬
1250 円								4240 円

注 射 リハビリテーション 精神科専門療法 姑 適 手 術 麻 酔 射 線 治 療

分 食 事 療 養 病 理 診 断

選 定 療 養 等 そ の 他

診療費合計 7840 円 保険分 保険分(食事) 保険外分

負担額 2350 円 請求額 2,350 円 領収額 2,350 円

④優待金額

福島市飯坂町平野字三枚長1-1
TEL 024-554-3488
福島県医療社会福祉会 診療所
健康で豊かな暮らしを守る

1. この領収書は、証明・申告などに必要です。大切に保管してください。
2. 領収書の発行は、いたしません。
3. 領収書の無いものは領収書です。
4. 月給の支払いは、保険金を受けお返しください。
5. 領収書に代わる証明書を発行する場合、別途料金がかかります。

領収書の添付方法(良い例)②

※このように、領収書は「領収書添付欄」にのり付けし、はみ出た部分を折り曲げてください。

医療給付金請求書兼領収書

患者の氏名(本人、長男、二男など) 患者名 花子 患者の生年月日 平成29年4月1日

診療年月 診療日数 保険適用分の請求金額 2,350 円

平成29年02月01日 2,350 円

入院・外来判定に○をつける。

①外来 ②入院 (入院期間を記入する。) 疾病部位、症状または病名 腰痛

病院または薬局の電話番号 病院または薬局名

共助会記入欄

診療費請求書兼領収書

患者氏名 様 請求期間 平成29年2月24日～年月日

受診科 人外 請求額 発行日 平成29年2月24日 保険区分 協会 負担割合 30% 本人区分

初診料	再診料	入院料	料等	医学管理	在宅医療	検査	画像診断	投薬
1250 円								4240 円

注 射 リハビリテーション 精神科専門療法 姑 適 手 術 麻 酔 射 線 治 療

分 食 事 療 養 病 理 診 断

選 定 療 養 等 そ の 他

診療費合計 7840 円 保険分 保険分(食事) 保険外分

負担額 2350 円 請求額 2,350 円 領収額 2,350 円

④優待金額

福島市飯坂町平野字三枚長1-1
TEL 024-554-3488
福島県医療社会福祉会 診療所
健康で豊かな暮らしを守る

1. この領収書は、証明・申告などに必要です。大切に保管してください。
2. 領収書の発行は、いたしません。
3. 領収書の無いものは領収書です。
4. 月給の支払いは、保険金を受けお返しください。
5. 領収書に代わる証明書を発行する場合、別途料金がかかります。

はみ出た部分を請求書の幅に折り曲げてください。

領収書の添付方法(悪い例)①

※領収書添付欄にのり付けされていますが、領収書の向きが違います。

領収書の添付方法(悪い例)②

※領収書の向きは正しいですが、領収書ののり付け位置がずれています。
複数枚ある場合でも、領収書ののり付け位置は変えないで重ねてのり付けしてください。

この添付方法ですと、審査がしづらく、誤給付の原因となる場合があります。

4-4 各届出・請求書等のとりまとめについて

◎会員からの各届出・請求書等のとりまとめは、下記のとおりお願いします。

とりまとめの流れ



※退職会員は、原則個人対応となりますので、とりまとめをする必要はありませんが、団体へ提出された場合は、とりまとめて提出してください。

とりまとめの手順・注意点

①届出・請求書を種類別に分ける。



②会員コード順に並べ替える。



③「給付金請求書等送付状」を作成する。

※医療給付金請求書・インフルエンザ予防接種代給付金請求書の公印を省略する場合は、担当者印を必ず押印してください。担当者印がないと省略することができません。



④「給付金請求書等送付状」を添付して、締切日までに共助会へ提出する。

※締切日のぎりぎりに提出するのではなく、余裕を持って提出してください。
複数回に分けて提出していただいても結構です。

定款

一般財団法人福島県農協役職員共助会定款

第1章 総則

(名称)

第1条 この法人は、一般財団法人福島県農協役職員共助会と称する。

2 この法人において、役職員等とは、次の範囲をいう。

- (1) 福島県の区域内に住所を有する農林漁業団体の常勤役職員
- (2) 全国の区域を範囲とする農林漁業団体で福島県本部の職員
- (3) 前号の外、この共助会の趣旨に賛同し、加入の申し込みをして理事会の承認を得た団体の常勤役職員

(事務所)

第2条 この法人は、主たる事務所を福島県福島市に置く。

第2章 目的及び事業

(目的)

第3条 この法人は、役職員等の相互共済と福祉の増進を図るとともに、医師・看護師養成に関する事業への助成及び保健・医療・福祉に関する教育啓蒙事業を行うことを通じ、農林漁業者の社会的、経済的地位の向上に寄与することを目的とする。

(事業)

第4条 この法人は、前条の目的を達成するため、次の事業を行う。

- (1) 役職員等の福利厚生に関する事業
- (2) 福利厚生に関する調査研究
- (3) 農林漁業団体が行う医師・看護師養成に関する事業への助成
- (4) 保健・医療・福祉に関する教育啓蒙事業
- (5) 役職員等及びその退職者を対象とした認可特定保険業に関する事業
- (6) その他この法人の目的の達成に必要な事業

第3章 資産及び会計

(基本財産)

第5条 この法人の目的である事業を行うために不可欠な財産は、この法人の

基本財産とする。

2 基本財産は次に掲げるものをもって構成する。

(1) 別表 1 に記載された財産

(2) 基本財産とすることを指定して寄付された財産

3 基本財産は、この法人の目的を達成するために善良な管理者の注意をもって管理しなければならない。基本財産の一部を処分しようとするとき及び基本財産から除外しようとするときは、あらかじめ理事会及び評議員会の承認を要する。

(事業年度)

第 6 条 この法人の事業年度は、毎年 4 月 1 日に始まり、翌年 3 月 31 日に終わる。

(事業計画及び収支予算)

第 7 条 この法人の事業計画書、収支予算書については、毎事業年度開始の日の前日までに理事長が作成し、理事会の承認を受けなければならない。これを変更する場合も同様とする。

2 前項の書類については、主たる事務所に当該事業年度が終了するまでの間備え置くものとする。

(事業報告及び決算)

第 8 条 この法人の事業報告及び決算については、毎事業年度終了後、理事長が次の書類を作成し、監事の監査を受け、理事会の承認を受けなければならない。

(1) 事業報告

(2) 事業報告の付属明細書

(3) 貸借対照表

(4) 正味財産増減計算書

(5) 貸借対照表及び正味財産増減計算書の付属明細書

2 前項の承認を受けた書類のうち、第 1 号、第 3 号及び第 4 号の書類については、定時評議員会に提出し、第 1 号の書類についてはその内容を報告し、その他の書類については、承認を受けなければならない。

3 第 1 項の書類のほか、監査報告を主たる事務所に 5 年間備え置くとともに、定款を主たる事務所に備え置くものとする。

(剰余金の分配の制限)

第 9 条 この法人は、剰余金の分配を行うことができない。

第 4 章 評議員

(評議員の定数)

第 10 条 この法人に、評議員 10 名以上 20 名以内を置く。

2 評議員のうち、1 名を評議員会会長とし、評議員会の議長を行う。

(評議員の選任及び解任)

第 11 条 評議員の選任及び解任は、評議員会の決議をもって行う。

2 評議員会会長は、評議員会において選定する。

(評議員の任期)

第 12 条 評議員の任期は、選任後 4 年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時評議員会の終結の時までとする。

2 任期の満了前に退任した評議員の補欠として選任された評議員の任期は、退任した評議員の任期の満了する時までとする。

3 評議員は、第 10 条に定める定数に足りなくなるときは、任期の満了又は辞任により退任した後も、新たに選任された者が就任するまで、なお評議員としての権利義務を有する。

(評議員に対する報酬等)

第 13 条 評議員に対する報酬は、各年度の総額が 100 万円を超えない範囲で、評議員会において別に定める報酬等の支給基準に従って算定した額を、報酬として支給することができる。

第 5 章 評議員会

(構成)

第 14 条 評議員会は、すべての評議員をもって構成する。

(権限)

第 15 条 評議員会は、次に掲げる事項について決議する。

- (1) 理事及び監事の選任又は解任
- (2) 理事及び監事の報酬等の額
- (3) 評議員に対する報酬等の支給の基準
- (4) 貸借対照表及び正味財産増減計算書の承認
- (5) 定款の変更
- (6) 残余財産の処分
- (7) 基本財産の処分又は除外の承認
- (8) その他、評議員会で決議するものとして、法令又はこの定款に定められた事項

(種類及び開催)

第 16 条 評議員会は、定時評議員会及び臨時評議員会の 2 種類とする。

2 定時評議員会は、毎事業年度終了後3カ月以内に開催する。

3 臨時評議員会は、必要がある場合に、開催する。

(招集)

第17条 評議員会は、法令に別段の定めがある場合を除き、理事会の決議に基づき理事長が招集する。

2 評議員は、理事長に対し、評議員会の目的である事項及び招集の理由を示して、評議員会の招集を請求することができる。

(議長)

第18条 評議員会の議長は、評議員会会長がこれにあたる。ただし、評議員会会長に事故があるときは、出席した評議員の中から選出しこれにあたる。

(決議)

第19条 評議員会の決議は、決議について特別の利害関係を有する評議員を除く評議員の過半数が出席し、その過半数をもって行う。

2 前項の規定にかかわらず、次の決議は、決議について特別の利害関係を有する評議員を除く評議員の3分の2以上に当たる多数をもって行わなければならない。

(1) 監事の解任

(2) 評議員に対する報酬等の支給の基準

(3) 定款の変更

(4) 基本財産の処分又は除外の承認

(5) その他法令で定められた事項

(決議の省略)

第20条 理事が、評議員会の目的である事項について提案した場合において、その提案について、議決に加わることのできる評議員の全員が書面又は電磁的記録により同意の意思表示をしたときは、その提案を可決する旨の評議員会の決議があったものとみなす。

(報告の省略)

第21条 理事が評議員の全員に対し、評議員会に報告すべき事項を通知した場合において、その事項の評議員会に報告することを要しないことについて、評議員の全員が書面又は電磁的記録により同意の意思表示をしたときは、その事項の評議員会への報告があったものとみなす。

(議事録)

第22条 評議員会の議事については、法令で定めるところにより議事録を作成する。

2 議事録には、議長及びその会議に出席した評議員のうちから選出された議事録署名人2名が記名押印する。

第6章 役員

(役員の設置)

第23条 この法人に、次の役員を置く。

- (1) 理 事 5名以上10名以内
- (2) 監 事 2名以内
- 2 理事のうち1名を理事長とし、副理事長、専務理事及び常務理事を置くことができる。
- 3 前項の理事長をもって、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律上の代表理事とし、専務理事及び常務理事をもって同法第91条第1項第2号の業務執行理事とする。

(役員の選任)

第24条 理事及び監事は、評議員会の決議によって選任する。

- 2 理事長、副理事長、専務理事及び常務理事は、理事会の決議によって理事の中から選定する。
- 3 この法人の理事のうちには、理事のいずれか1人及びその親族その他特殊の関係がある者の合計数が、理事総数（現在数）の3分の1を超えて含まれることになってはならない。
- 4 監事は、この法人の理事を兼ねることができない。

(理事の職務及び権限)

第25条 理事は理事会を構成し、法令及びこの定款に定めるところにより、職務を執行する。

- 2 理事長は、法令及びこの定款に定めるところにより、この法人を代表し、その業務を執行する。
- 3 副理事長は、理事長を補佐する。
- 4 専務理事又は常務理事は、理事長を補佐し、この法人の業務を執行する。
- 5 理事長、専務理事又は常務理事は、毎事業年度に4箇月を超える間隔で2回以上、自己の職務の執行の状況を理事会に報告しなければならない。

(監事の職務及び権限)

第26条 監事は、理事の職務の執行を監査し、法令及びこの定款に定めるところにより、監査報告を作成する。

- 2 監事は、いつでも、理事及び使用人に対して事業の報告を求め、この法人の業務及び財産の状況を調査することができる。

(任期)

第27条 理事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のもの

に関する定時評議員会の終結の時までとする。

- 2 監事の任期は、選任後 4 年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時評議員会の終結の時までとする。
- 3 任期の満了前に退任した役員の補欠として選任された理事又は監事の任期は、退任した役員の任期の満了する時までとする。
- 4 理事又は監事は、第 23 条で定めた定数に足りなくなるときは、辞任又は任期満了後においても、新たに選任された者が就任するまで、なお理事又は監事としての権利義務を有する。

(解任)

第 28 条 理事又は監事が、次のいずれかに該当するときは、評議員会の決議によって解任することができる。

- (1) 職務上の義務に違反し、又は職務を怠ったとき。
- (2) 心身の故障のため、職務の執行に支障があり、又はこれに堪えないとき。

(役員に対する報酬等)

第 29 条 役員に対する報酬は、評議員会において別に定める総額の範囲内で、評議員会において別に定める報酬等の支給の基準に従って算定した額を、報酬等として支給することができる。

(損害賠償責任の免除)

第 30 条 この法人は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律第 198 条において準用する同法第 111 条第 1 項の賠償責任について、同法第 198 条において準用する第 114 条第 1 項の規定により、理事会の決議によって、賠償責任額から法令に定める最低責任限度額を控除して得た額を限度として免除することができる。

第 7 章 理事会

(構成)

第 31 条 理事会は、すべての理事をもって構成する。

(権限)

第 32 条 理事会は、次の職務を行う。

- (1) この法人の業務執行の決定
- (2) 理事の職務の執行の監督
- (3) 理事長、副理事長、専務理事及び常務理事の選定及び解職

(種類及び開催)

第 33 条 理事会は、通常理事会及び臨時理事会の 2 種類とする。

- 2 通常理事会は、毎事業年度 2 回開催する。

3 臨時理事会は、理事長が必要と認めたときに、開催することができる。

(招集)

第34条 理事会は、理事長が招集する。

2 理事長が欠けたとき又は理事長に事故があるときは、各理事が理事会を招集する。

(議長)

第35条 理事会の議長は、理事長がこれにあたる。ただし、理事長に事故があるときは、出席した理事の中から選出しこれにあたる。

(決議)

第36条 理事会の決議は、決議について特別の利害関係を有する理事を除く理事の過半数が出席し、その過半数をもって行う。

(決議の省略)

第37条 理事が、理事会の目的である事項について提案した場合において、その提案について、議決に加わることのできる理事の全員が書面又は電磁的記録により同意の意思表示をしたときは、その提案を可決する旨の理事会の決議があったものとみなす。ただし、監事はその提案について異議を述べたときを除く。

(報告の省略)

第38条 理事又は監事が理事及び監事の全員に対し、理事会に報告すべき事項を通知した場合においては、その事項を理事会に報告することを要しない。

(議事録)

第39条 理事会の議事については、法令で定めるところにより議事録を作成する。

2 議事録には、会議に出席した理事長及び監事がこれに記名押印する。

第8章 事務局

(事務局)

第40条 この法人の事務を処理するため、事務局を置く。

2 事務局には、事務局長及び所要の職員を置く。

3 事務局職員は、理事長が任免する。

4 事務局の組織及び運営に関し必要な事項は、理事長が理事会の決議を経て別に定める。

5 事務局の職制等必要な事項並びに就業関係諸規程の改廃は、理事長が定める。

第9章 定款の変更及び解散等

(定款の変更)

第41条 この定款は、評議員会の決議によって変更することができる。

2 前項の規定は、この定款の第3条、第4条及び第11条についても適用する。

(解散)

第42条 この法人は、基本財産の滅失によるこの法人の目的である事業の成功の不能その他法令で定められた事由により解散する。

(残余財産の帰属)

第43条 この法人が清算をする場合において有する残余財産は、評議員会の決議を経て、この法人と類似の事業を目的とする公益法人又は国若しくは地方公共団体又は公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律第5条第17号に掲げる法人に贈与するものとする。

第10章 公告

(公告)

第44条 この法人の公告は、主たる事務所の公衆の見やすい場所に掲示する方法により行う。

第11章 補則

(委任)

第45条 この定款に定めるもののほか、この法人の運営に必要な事項は、理事会の決議を経て理事長が定める。

附 則

1 この定款は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第121条第1項において読み替えて準用する同法第106条第1項に定める一般法人の設立の登記の日から施行する。

2 一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第121条第1項において読み替えて準用する同法第106条第1項に定める特



例民法法人の解散の登記と、一般法人の設立の登記を行ったときは、第6条の規定にかかわらず、解散の登記の日の前日を事業年度の末日とし、設立の登記の日を事業年度の開始日とする。

- 3 この法人の最初の理事長は、小室信一とする。
- 4 この法人の最初の評議員は、次に掲げる者とする。
齋藤 道雄
富塚 正
長谷川 一雄
佐藤 久男
佐藤 正純
柳沼 智
武田 金輝
菊池 教夫
小林 利一
半谷 善弘
川上 雅則
森合 桂一
引地 英俊
菅野 好雄
遠藤 誠寿
新妻 芳弘

【別表 1】

基本財産（公益目的事業を行うために不可欠な特定の財産）
（第 5 条第 2 項第 1 号）

財産種別	場所	物量・金額等
定期預金	J A 新ふくしま	10,000,000 円

一般財団法人福島県農協役職員共助会 共助会総合保険普通保険約款

第一章 総則

第1条(用語の定義)

第二章 保険金の支払事由

第2条(保険金の支払事由、被保険者、保険金額)

第3条(免責事由)

第4条(保険金の受取人)

第5条(保険金の削減支払)

第三章 保険契約の締結等

第6条(責任開始及び契約日)

第7条(保険期間)

第8条(保険証券)

第四章 保険料の払込、猶予期間、保険契約の失効および保険料払込の免除

第9条(保険料の払込、払込期日及び払込方法)

第10条(保険料払込猶予期間)

第11条(保険契約の失効)

第12条(保険料払込の免除)

第五章 保険契約の更新

第13条(保険契約の更新)

第六章 保険料の増額又は保険金の減額

第14条(更新時における保険料の増額又は保険金の減額)

第15条(保険期間中の保険料の増額又は保険金の減額)

第七章 保険契約の取消、無効、解除

第16条(詐欺による取消)

第17条(不法取得目的による無効)

第18条(重大事由による解除)

第八章 保険金の請求および支払時期等

第19条(保険金の請求および支払時期等)

第九章 解約および解約返戻金

第20条(解約)

第21条(解約返戻金)

第十章 保険契約の消滅及び未経過保険料の返還

第22条(保険契約の消滅)

第23条(保険契約が消滅した場合の未経過保険料等の返還)

第十一章 契約者配当

第24条(契約者配当金)

第十二章 契約者会員の通知義務

第25条(通知義務)

第十三章 その他の事項

第26条(保険料又は保険金の額の見直し)

第27条(時効)

第28条(管轄裁判所)



第一章 総則

第1条(用語の定義)

本約款における用語の定義は、本約款に別に定められるもののほか、それぞれ次の各号のとおりします。

- (1) 当会
一般財団法人福島県農協役職員共助会をいいます。
- (2) 事業所
契約者会員が所属する団体をいいます。
- (3) 契約者会員
共助会総合保険の契約を申し込んだ者をいいます。
- (4) 被保険者会員
共助会総合保険の給付金を受ける事が出来る者をいいます。
- (5) 配偶者
契約者会員の配偶者をいいます。

第二章 保険金の支払事由

第2条(保険金の支払事由、被保険者、保険金額)

号	保険金及び 給付金の種類	被保険者 (保険の目的)	支払事由	保険金額
1	医療給付金	契約者会員、 契約者会員の被 扶養者(1親等以 内)	契約者会員又は契約者会 員の被扶養者が医療機関を 受診し、保険診療に該当す る医療費の支払いが発生し たとき。	医療機関へ支払った医療費から 規程で定める一部負担額を差し 引いた額。 (保険調剤薬局へ支払った薬代に ついては、一部負担額を差し引か ない。) 但し、インフルエンザ予防接種代 は、給付上限を2,000円までとし、 一部負担額を差し引かない。
2	療養給付金	契約者会員	契約者会員が病気又は負 傷し、連続して30日以上就 業出来ないとき。	10,000円。 (1年に1回限りとします。)
3	結婚給付金	契約者会員	契約者会員が、結婚したと き。 但し、退職後1ヶ月以内の結 婚であっても支払うものとし ます。	20,000円。
4	出産給付金	契約者会員	子が生まれたとき。	20,000円 (子1人につき)
5	死亡給付金	契約者会員 契約者会員の配 偶者 (但し被扶養となっ ている配偶者に限 ります)	契約者会員又は、被扶養と なっている配偶者が死亡し たとき。	保険契約締結10年以上での死亡 50,000円 保険契約締結10年未満での死亡 30,000円 配偶者:20,000円

第3条(免責事由)

当会は、次の各号に該当する事由によって生じた損害に対しては、保険金を支払いません。

- (1) 契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人が、保険金請求その他に関し、不正の事実があったとき。
 - (2) 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変又は暴動。
- 2 第2条第1項第1号から第5号の保険金の支払事由が生じた際に、契約者会員、被保険者会員又は保険

金受取人の故意によって生じた損害に対しては、保険金を支払いません。

- 3 公費負担又は、助成制度に該当した場合は、該当する金額を差し引いて支払います。

第4条(保険金の請求権者及び受取人)

この保険契約の保険金の受取人は、被保険者会員とします。

- 2 被保険者会員が死亡した場合の第2条第1項第5号(死亡給付金)の受取人は、その遺族とし、遺族の範囲及び順位は配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟、姉妹、その他とします。
- 3 契約者会員が、保険金を請求出来ない事情がある場合には、契約者会員の配偶者又は被扶養者を契約者会員の代理人として保険金を請求出来るものとします。なお、契約者会員の配偶者又は被扶養者も保険金を請求出来ない事情がある場合は、3親等以内の親族を契約者会員の代理人として保険金を請求出来るものとします。

第5条(保険金の削減支払)

第2条(保険金の支払事由、被保険者、保険金額)の規定にかかわらず、地震・噴火・津波、原子力事故・放射能汚染、感染症および船舶・航空機事故などにより保険金支払事由が一時に多数発生し、当該保険事故による保険金を全額支払うとした場合に、当会の収支状況を著しく悪化させると認められるときは、当会は、該当する保険金の全部又は一部を削減して支払うことがあります。

- 2 保険金を削減して支払うときは、当会は、保険金の受取人に通知します。

第三章 保険契約の締結等

第6条(責任開始及び契約日)

当会所定の申込書を当会が受領し、申込について当会が承諾した場合には、承諾した日から保険契約上の責任を負います。

- 2 前項により当会の責任が開始される日を契約日とします。

第7条(保険期間)

この保険の保険期間は、4月1日又は、第13条に定める更新日から翌年の3月31日までの1年間とします。

- 2 前項の規定にかかわらず、申込日が4月2日以降である契約者会員の最初の保険期間は、申込日の属する月の翌月1日を契約日とし、契約日からその後に最初に到来する3月31日までの期間とします。

第8条(保険証券)

当会は、保険契約を締結した場合、契約者会員からの求めに応じ、遅滞なく、つぎの各号に定める事項を記載した保険証券を契約者会員に交付します。

- (1) 当会の名称及び住所
- (2) 契約者会員の氏名
- (3) 被保険者会員の氏名その他の被保険者会員を特定するために必要な事項
- (4) 保険金受取人の氏名又は保険金受取人を特定するために必要な事項
- (5) 保険金の種類及び保険金額。
- (6) 支払事由
- (7) 保険期間
- (8) 保険料及びその払込方法
- (9) 保険契約を締結した年月日
- (10) 保険証券を作成した年月日

第四章 保険料の払込、猶予期間、保険契約の失効および保険料払込の免除

第9条(保険料の払込、払込期日及び払込方法)

契約者会員からの保険料払込は月払いのみとし、給料を支給する事業所を経由して、毎月の給料から控除されて支払うものとします。払い込まれた月払保険料は、その月の1日から末日までの1ヶ月間の期間に対応する分とします。給料から保険料が控除されなかった場合は、当会は該当する契約者会員に通知し、当会が指定する期日(以下、「払込期日」という。)に並びに金融機関の口座に振り込むものとします。

第10条(保険料払込猶予期間)

この保険における保険料払込猶予期間はありますが、巨大災害等により保険料払込が困難であると当会が認めた場合は、保険料払込猶予期間をその都度設定します。その場合、保険料払込猶予期間中に生じ

た第2条の支払については、支払うものとします。

第11条(保険契約の失効)

保険料を払込期日までに払い込まなかった場合は、保険契約は失効します。

第12条(保険料払込の免除)

契約者会員が育児休業のため、無給になった月又は、当会が保険料免除の届出を受理した月のいずれか遅い方から、育児休業が終了する日の翌日の属する月の前月までの期間については、保険料払込を免除します。

2 契約者会員が病気治療のため、無給になった月又は、当会が保険料免除の届出を受理した月のいずれか遅い方から復職した日の属する月の前月までの期間については、保険料払込を免除します。

3 前1項における保険料払込の免除の期間中は第2条第1項第1号に掲げる医療給付金の支払事由が発生しても、当会は医療給付金を支払いません。

4 前各号の他、理事会で定める事由により、保険料の払込免除をすることができるものとします。

第五章 保険契約の更新

第13条(保険契約の更新)

この保険契約は保険期間の満了日の翌日に更新されるものとします。

2 保険期間が満了する際に、契約者会員又は当会が更新しない旨の意思表示をしない限り、更新するものとします。

3 更新後の保険契約については、更新日におけるこの保険の本約款が適用されるものとします。

第六章 保険料の増額又は保険金の減額

第14条(更新時における保険料の増額又は保険金の減額)

前条の規定にかかわらず、当会は、その業務又は財産の状況に照らして特定保険業の継続が困難になる蓋然性がある場合には、保険契約の更新に際して、主務官庁の認可を得て次の変更(以下、この条において「契約条件の変更等」といいます。)を行うことがあります。

(1) 保険料を増額し又は保険金額を減額すること。

(2) 保険契約の更新を行わないこと。

2 前項に定める契約条件の変更を行う場合、当会は、契約条件の変更等の内容につき、特別の事情がある場合を除き、主務官庁の認可を取得したのち、ただちに契約者会員に通知します。

第15条(保険期間中の保険料の増額又は保険金の減額)

当会は、その業務又は財産の状況に照らして特定保険業の継続が困難になる蓋然性がある場合には、当会の定めるところにより主務官庁の認可を得て保険料を増額し、又は保険金額を減額する変更を行うことがあります。

2 前項に定める契約条件の変更を行う場合、当会は、契約条件の変更の内容につき、特別の事情がある場合を除き、主務官庁の認可を取得したのち、ただちに契約者会員に通知します。

第七章 保険契約の取消、無効、解除

第16条(詐欺による取消)

契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人の詐欺により保険契約を締結したときには、当会は保険契約を取り消すことができます。この場合、既に払い込まれた保険料は払い戻しません。

第17条(不法取得目的による無効)

契約者会員が保険金を不法に取得する目的又は他人に保険金を不法に取得させる目的で保険契約を締結した場合には、保険契約は無効とし、既に払い込まれた保険料は払い戻しません。

第18条(重大事由による解除)

次の各号のいずれかに該当した場合、当会は、将来に向かって保険契約を解除することができます。

(1) 契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人が保険金(他の保険契約の保険金等を含み、保険種類および保険金の名称の如何を問いません。以下本条において同様とします。)を詐取する目的又は他人に保険金を詐取させる目的で事故招致(未遂を含みます。)をした場合

(2) 保険金の請求に関し、契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人に詐欺行為があった場合

- (3)その他保険契約を継続することを期待し得ない前2号と同等の事由がある場合
- 2 保険金の支払事由が生じた後でも、当会は前項の解除を行うことができるものとします。この場合、当会は保険金を支払いません。また、当会がすでに保険金を支払っていたときは、当会は支払った保険金の全額について、返還を請求することができるものとします。

第八章 保険金の請求および支払時期等

第19条(保険金の請求および支払時期等)

- 当会は、別表 1 に定める保険金請求に関する書類が当会に到着した日の翌日から起算して 60 日以内に、当会が保険金を支払うために必要な事項の確認を終え、保険金を支払います。
- 2 前項の確認をするため、特別な照会又は調査(弁護士、警察、消防、検察等の専門機関)が不可欠な場合には、前項の規定にかかわらず、当会は、別表 1 に定める書類が当会社に到着した日の翌日から起算して 90 日以内に保険金を支払います。この場合において、当会は、確認が必要な事項およびその確認を終えるべき時期を被保険者会員又は保険金受取人に対して通知するものとします。
- 3 第 1 項又は 2 項に掲げる必要な事項の確認に際し、契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人が正当な理由なく当該確認を妨げ、又はこれに応じなかった場合(必要な協力を行わなかった場合を含みます。)(には、これにより確認が遅延した期間については、前各項の期間に算入しないものとします。
- 4 当会は、第 1 項又は第 2 項に規定した期日を超えて保険金を支払う場合には、その期日の翌日から当会所定の利率で計算した遅延利息を加えて、保険金を支払います。

第九章 解約および解約返戻金

第20条(解約)

- 契約者会員は、いつでも、将来に向かって保険契約を解約することができます。
- 2 契約者会員が本条の請求をするときは、当会所定の書類を当会に提出することを要します。

第21条(解約返戻金)

この保険は保険料月払いで支払うものであるため、解約返戻金は発生しません。

第十章 保険契約の消滅及び未経過保険料等の返還

第22条(保険契約の消滅)

この保険契約は、次の各号に該当する場合に消滅し、当該各号に定める日をもって滅日とします。

- | | |
|---------------|-------------------|
| (1) 保険契約の失効 | 保険料払込期日の翌日 |
| (2) 重大事由による解除 | 重大事由解除による解除通知の到達日 |
| (3) 保険契約の解約 | 解約日 |
| (4) 契約者会員の死亡 | 死亡年月日 |
| (5) 契約者会員の退職 | 退職日 |

第23条(保険契約が消滅した場合の未経過保険料等の返還)

この保険契約は、保険料を月払いで納めるものであるため、保険契約が消滅した場合の未経過保険料の返還はありません。

第十一章 契約者配当

第24条(契約者配当金)

この保険契約には、契約者配当金はありません。

第十二章 契約者会員の通知義務

第25条(通知義務)

契約者会員は保険契約の内容に変更があったときは、すみやかに当会に通知するものとします。

第十三章 その他の事項

第26条(保険料又は保険金の額の見直し)

- 当会は、将来にわたって保険財務の健全性を維持することができるように、保険料又は保険金額の妥当性につき検証を行います。
- 2 前項に定める検証の結果、当会が保険料又は保険金額の見直しを行う場合には、当会は、理事会決議を取得し、主務官庁の認可取得後ただちに、契約者会員に通知します。

第27条(時効)

保険金、解約返戻金、保険料の返還およびその他この保険に関する一切の支払を請求する権利は、支払事由が生じた日の翌日から起算して、給付金種類ごとに定める次の各号の期間これを行わないときは、当該期間の経過をもって自動的に消滅します。

- (1) 第2条第1号・第2号・第5号の給付金: 3年間
- (2) 第2条第3号・第4号の給付金: 6ヶ月間

第28条(管轄裁判所)

この保険契約における保険金の請求その他この保険に関する一切の訴訟については、当会の主たる事務所の所在地又は保険金の受取人の住所地を管轄する地方裁判所をもって、合意による管轄裁判所とします。

(別表1) 保険金等請求書類

保険金の種類	請求に必要な書類
医療給付金	医療給付金請求書 医療機関の領収書 但し、インフルエンザ予防接種代の請求には、インフルエンザ 予防接種代給付金請求書にインフルエンザ予防接種代とわかる 領収書を添付して請求するものとします。
療養給付金	共助会給付金請求書 診断書の写し
結婚給付金	共助会給付金請求書 戸籍抄本又は婚姻届受理証明書の写し
出産給付金	共助会給付金請求書 健康保険証又は母子手帳の写し
死亡給付金	死亡診断書の写し、又は除籍謄本の写し

附 則

本約款は、行政庁の認可日、又は令和7年4月1日のいずれか遅い日から施行する。

退職互助医療保険普通約款

一般財団法人福島県農協役職員共助会 退職互助医療保険普通保険約款

第一章 総則

第1条(用語の定義)

第二章 保険金の支払事由

第2条(保険金の支払事由、被保険者、保険金額)

第3条(免責事由)

第4条(保険金の受取人)

第5条(保険金の削減支払)

第三章 保険契約の締結等

第6条(責任開始及び契約日)

第7条(保険期間)

第8条(保険証券)

第四章 保険料の払込、猶予期間、保険契約の失効及び保険料払込の免除

第9条(保険料の払込、及び払込期日)

第10条(保険料払込猶予期間)

第11条(保険契約の失効)

第12条(保険料払込の免除)

第五章 保険契約の更新

第13条(保険契約の更新)

第六章 保険料の増額又は保険金の減額

第14条(保険期間中の保険料の増額又は保険金の減額)

第七章 保険契約の取消、無効、解除

第15条(詐欺による取消)

第16条(不法取得目的による無効)

第17条(重大事由による解除)

第八章 保険金の請求及び支払時期等

第18条(保険金の請求及び支払時期等)

第九章 解約及び解約返戻金

第19条(解約)

第20条(解約返戻金)

第十章 保険契約の消滅及び、未経過保険料等の返還

第21条(保険契約の消滅)

第22条(保険契約が消滅した場合の未経過保険料等の返還)

第十一章 契約者配当

第23条(契約者配当金)

第十二章 契約者会員の通知義務

第24条(通知義務)

第十三章 その他の事項

第25条(保険料又は保険金の額の見直し)

第26条(時効)

第27条(管轄裁判所)

第一章 総則

第1条(用語の定義)

本約款における用語の定義は、本款に別に定められるもののほか、それぞれ次の各号のとおりとします。

- (1) 当会
一般財団法人福島県農協役職員共助会をいいます。
- (2) 事業所
契約者会員が所属する団体をいいます。
- (3) 契約者会員
退職互助医療保険の契約を申し込んだ者をいいます。
- (4) 被保険者会員
退職互助医療保険の給付金を受ける事が出来る者をいいます。
- (5) 配偶者
契約者会員の配偶者をいいます。

第二章 保険金の支払事由

第2条(保険金の支払事由、被保険者、保険金額)

号	保 険 金 及 び 給付金の種類	被保険者 (保険の目的)	支払事由	保険金額
1	医療給付金	契約者会員、その配偶者 (但し、申込時に登録された配偶者に限ります。)	契約者会員又はその配偶者が医療機関を受診し、保険診療に該当する医療費の支払いが発生したとき。	医療機関へ支払った医療費から規程で定める一部負担額の差し引いた額に給付率を乗じた額。なお給付率は下記の通りとします。 ・被保険者会員 ー 給付率100% ・配偶者 ー 給付率85% 但し、1ヶ月の医療保険金の上限は44,400円とします。

2 保険調剤薬局での保険適用薬代については、一部負担額を控除しないものとします。

3 70歳未満の契約者会員については、自己負担割合3割分を給付対象とします。

第3条(免責事由)

当会は、次の各号に該当する事由によって生じた損害に対しては、保険金を支払いません。

- (1) 契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人が、保険金請求その他に関し、不正の事実があったとき。
- (2) 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変又は暴動。
- 2 第2条第1項第1号から第8号の保険金の支払事由が生じた際に、契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人の故意によって生じた損害に対しては、保険金を支払いません。
- 3 公費負担又は、助成制度に該当した場合、該当する金額を差し引いて支払います。

第4条(保険金の請求権者及び受取人)

この保険契約の保険金の受取人は、被保険者会員とします。

- 2 契約者会員が、保険金を請求出来ない事情がある場合には、契約者会員の配偶者又は被扶養者を契約者会員の代理人として保険金を請求出来るものとします。なお、契約者会員の配偶者又は被扶養者も保険金を請求出来ない事情がある場合は、3親等以内の親族を契約者会員の代理人として保険金を請求出来るものとします。

第5条(保険金の削減支払)

第2条((保険金の支払事由、被保険者、保険金額))の規定にかかわらず、地震・噴火・津波、原子力事故・放射能汚染、感染症及び船舶・航空機事故などにより保険金支払事由が一時に多数発生し、当該保険事故による保険金を全額支払うとした場合に、当会の収支状況を著しく悪化させると認められるときは、当会は、該当する保険金の全部又は一部を削減して支払うことがあります。

- 2 保険金を削減して支払うときは、当会は、保険金の受取人に通知します。

第三章 保険契約の締結等

第6条(責任開始及び契約日)

当会所定の申込による保険契約の申込及び共助会からの脱退届(以下「申込兼脱退届」といいます。)を当会へ提出し、且つ保険料の一時払いを行い、当会が保険契約の申込について承諾した場合には、承諾した日から当会は承諾した日から保険契約上の責任を負います。

- 2 前項により当会の責任が開始される日を契約日とします。

第7条(保険期間)

60歳前に退職した場合は、60歳の誕生日を迎えた翌月の1日から20年後に相当する前日までを保険期間とします。

- 2 60歳以降に退職した場合は、退職した月の翌月の1日から20年後に相当する前日までを保険期間とします。

第8条(保険証券)

当会は、保険契約を締結した場合、契約者会員からの求めに応じ、遅滞なく、つぎの各号に定める事項を記載した保険証券を契約者会員に交付します。

- (1) 当会の名称及び住所
- (2) 契約者会員の氏名
- (3) 被保険者会員の氏名その他の被保険者会員を特定するために必要な事項
- (4) 保険金受取人の氏名又は保険金受取人を特定するために必要な事項
- (5) 保険金の種類及び保険金額。
- (6) 支払事由
- (7) 保険期間
- (8) 保険料及びその払込方法
- (9) 保険契約を締結した年月日
- (10) 保険証券を作成した年月日

第四章 保険料の払込、猶予期間、保険契約の失効及び保険料払込の免除

第9条(保険料の払込、及び払込期日)

保険料は、退職時に一時払いで払い込むものとします。

- 2 金融機関等の当会の指定した口座に振り込む方法により払い込むものとします。
- 3 保険料は当会が申込書兼脱退届を受領した日から1ヶ月以内(以下「払込期日」という。)に払い込むものとします。

第10条(保険料払込猶予期間)

この保険における保険料払込猶予期間はありませんが、巨大災害等により保険料払込が困難であると当会が認めた場合は、保険料払込猶予期間をその都度設定します。その場合、保険料払込猶予期間中に生じた第2条の支払については、支払うものとします。

第11条(保険契約の失効)

保険料を払込期日までに払い込まなかった場合は、保険契約は失効します。

第12条(保険料払込の免除)

この保険契約は、保険料払込の免除はありません。

第五章 保険契約の更新

第13条(保険契約の更新)

この保険契約は更新はありません。

第六章 保険料の増額又は保険金の減額

第14条(保険期間中の保険料の増額又は保険金の減額)

当会は、その業務又は財産の状況に照らして特定保険業の継続が困難になる蓋然性がある場合には、当会の定めるところにより主務官庁の認可を得て保険料を増額し、又は保険金額を減額する変更を行うことがあります。

- 2 前項に定める契約条件の変更を行う場合、当会は、契約条件の変更の内容及び、特別の事情がある場合を除き、主務官庁の認可を取得したのち、ただちに契約者会員に通知します。

第七章 保険契約の取消、無効、解除

第15条（詐欺による取消）

契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人の詐欺により保険契約を締結したときには、当会は保険契約を取り消すことができます。この場合、既に払い込まれた保険料は払い戻しません。

第16条（不法取得目的による無効）

契約者会員が保険金を不法に取得する目的又は他人に保険金を不法に取得させる目的で保険契約を締結した場合には、保険契約は無効とし、既に払い込まれた保険料は払い戻しません。

第17条（重大事由による解除）

次の各号のいずれかに該当した場合、当会は、将来に向かって保険契約を解除することができます。

- (1) 契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人が保険金（他の保険契約の保険金等を含み、保険種類及び保険金の名称の如何を問いません。以下本条において同様とします。）を詐取する目的又は他人に保険金を詐取させる目的で事故招致（未遂を含みます。）をした場合
 - (2) 保険金の請求に関し、契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人に詐欺行為があった場合
 - (3) その他保険契約を継続することを期待し得ない前2号と同等の事由がある場合
- 2 保険金の支払事由が生じた後でも、当会は前項の解除を行うことができるものとします。この場合、当会は保険金を支払いません。また、当会がすでに保険金を支払っていたときは、当会は支払った保険金の全額について、返還を請求することができるものとします。

第八章 保険金の請求及び支払時期等

第18条（保険金の請求及び支払時期等）

当会は、別表 1 に定める保険金請求に関する書類が当会に到着した日の翌日から起算して 60 日以内に、当会が保険金を支払うために必要な事項の確認を終え、保険金を支払います。

- 2 前項の確認をするため、特別な照会又は調査（弁護士、警察、消防、検察等の専門機関）が不可欠な場合には、前項の規定にかかわらず、当会は、別表 1 に定める書類が当会に到着した日の翌日から起算して 90 日以内に保険金を支払います。この場合において、当会は、確認が必要な事項及びその確認を終えるべき時期を被保険者会員又は保険金受取人に対して通知するものとします。
- 3 第 1 項又は 2 項に掲げる必要な事項の確認に際し、契約者会員、被保険者会員又は保険金受取人が正当な理由なく当該確認を妨げ、又はこれに応じなかった場合（必要な協力を行わなかった場合を含みます。）には、これにより確認が遅延した期間については、第 1 項又は前項の期間に算入しないものとします。
- 4 当会は、第 1 項又は第 2 項に規定した期日を超えて保険金を支払う場合には、その期日の翌日から当会所定の利率で計算した遅延利息を加えて、保険金を支払います。

第九章 解約及び解約返戻金

第19条（解約）

契約者会員は、いつでも、将来に向かって保険契約を解約することができます。

- 2 契約者会員が本条の請求をするときは、当会所定の書類を当会に提出することを要します。

第20条（解約返戻金）

保険契約が解約された場合において契約者に支払う返戻金の額を次のとおりとします。

返還金の額＝一時払保険料×0.25／20×（20－経過年数）

（円未満切捨て）

- 2 経過年数に端月数がある場合は、按分計算するものとします。（1か月未満の端数は切上げることとします。）

第十章 保険契約の消滅及び未経過保険料の返還

第21条（保険契約の消滅）

この保険契約は、次の各号に該当する場合に消滅し、当該各号に定める日をもって消滅日とします。

- (1) 保険契約の失効 保険料払込期日の翌日
- (2) 重大事由による解除 重大事由解除による解除通知の到達日

- (3) 保険契約の解約 解約日
- (4) 契約者会員の死亡 死亡年月日
- (5) 保険期間の終了 保険終期日

第22条(保険契約が消滅した場合の未経過保険料等の返還)

保険契約が消滅した場合において、契約者に支払う返還金の額を次のとおりとします。

返還金の額＝一時払保険料×0.25／20×(20－経過年数)

(円未満切捨て)

- 2 経過年数に端月数がある場合は、按分計算するものとします。(1か月未満の端数は切上げることとします。)

第十一章 契約者配当

第23条(契約者配当金)

この保険契約には、契約者配当金はありません。

第十二章 契約者会員の通知義務

第24条(通知義務)

契約者会員は保険契約の内容に変更があったときは、すみやかに当会に通知するものとします。

第十三章 その他の事項

第25条(保険料又は保険金の額の見直し)

当会は、将来にわたって保険財務の健全性を維持することができるよう、保険料又は保険金額の妥当性につき検証を行います。

- 2 前項に定める検証の結果、当会が保険料又は保険金額の見直しを行う場合には、当会は、理事会決議を取得し、主務官庁の認可取得後ただちに、契約者会員に通知します。

第26条(時効)

保険金、解約返戻金、保険料の返還及びその他この保険に関する一切の支払を請求する権利は、支払事由が生じた日の翌日から起算して3年間これを行わないときは、当該期間の経過をもって自動的に消滅します。

第27条(管轄裁判所)

この保険契約における保険金の請求その他この保険に関する一切の訴訟については、当会の主たる事務所の所在地又は保険金の受取人の住所地を管轄する地方裁判所をもって、合意による管轄裁判所とします。

(別表 1) 保険金等請求書類

保険金の種類	請求に必要な書類
医療給付金	医療給付金請求書 医療機関の領収証

一般財団法人福島県農協役職員共助会

共 助 会 規 程

(目的)

第1条 一般財団法人福島県農協役職員共助会（以下「当会」という。）は、認可特定保険業者等に関する命令（平成23年5月13日 内閣府・総務省・法務省・文部科学省・厚生労働省・農林水産省・経済産業省・国土交通省・環境省令第一号。以下「命令」という。）及び定款第4条第5号の規定に基づき、この規程に定めるところにより医療給付金及びその他の給付等を行う。

(認可事項)

第2条 第10条第1項第1号に定める給付は、主務官庁である福島県知事より受けた認可（平成25年3月21日 24農支第3817号）に基づくものとし、給付内容等を変更する場合は、理事会決議を経た上で、主務官庁より変更認可を受けなければならない。

2 前項の認可内容については、以下の基礎書類に基づくものとする。

- (1) 共助会総合保険 普通保険約款（以下「約款」という。）
- (2) 共助会総合保険 事業方法書（以下「事方書」という。）
- (3) 共助会総合保険 保険料及び責任準備金の算出方法書（以下「算方書」という。）

(共助会総合保険)

第3条 当会における共助会総合保険については、別途約款で定めることとし、契約者は約款に従う。

(本規程への同意)

第4条 定款第1条第2項に定める団体（以下「団体」という。）及び役職員等は、本規程に従うことに同意したものとみなす。

(保険契約)

第5条 本規程に基づき、医療給付金及びその他の給付を受けるものは、別に定める共助会総合保険契約（以下「保険契約」という。）を当会と締結するものとする。なお、保険契約の締結にあたっては、役職員等は当会が定めた所定の事項を申告しなければならない。

2 保険契約を締結できる者は、定款第1条第2項に定める役職員等とする。

- 3 第1項後段の申告事項のうち、被扶養者については、全国健康保険協会等より交付された被保険者証と一致しなければならない。ただし、申告できる被扶養者は、保険契約を締結した役職員等（以下「契約者会員」という。）の1親等以内の者に限るものとする。
- 4 第1項による保険契約の締結日は、約款第6条に基づくものとし、遡及は行わない。
- 5 契約者会員は、第1項後段で申告した事項に変更があったときは、直ちにその旨を書面にて当会に届け出なければならない。

（被扶養者の登録）

第6条 被扶養者の登録は、契約者会員が当会に届出をし、当会が承諾した日を登録日とする。

- 2 前項による被扶養者の登録日は、約款第6条に基づくものとし、遡及は行わない。
- 3 被扶養者は、当会に登録がされた後に請求事由の発生したものを請求することができる。

（保険契約の更新）

第7条 前条により締結した保険契約は、約款第13条に従い保険期間の満了日の翌日に更新されるものとする。

（保険契約の解約）

第8条 前条にかかわらず、契約者会員は約款第20条に従い、いつでも本規程に基づく保険契約を解約することができる。

（保険契約の再契約）

第9条 保険契約を解約した契約者会員の再契約は、前回解約をした日より3年を経過していなければならないものとする。

（給付の種類）

第10条 この規程による給付の種類は次の通りとする。

（1）契約者会員への給付

医療給付金 療養給付金 結婚給付金 出産給付金 死亡給付金

（2）その他理事会が適当と認めた給付

- 2 前項第1号の給付内容及び給付条件については約款第2条に従い、第2号については別に定める要領に従う。

（医療給付金の一部負担額）

第11条 約款第2条第1号に定める契約者会員の一部負担額は1,000円とする。

2 前項による一部負担額は、インフルエンザ予防接種及び院外処方による薬局分は差し引かない。

（給付の請求）

第12条 第10条第1項第1号に定める給付を受けようとする契約者会員は、別に定める請求書に必要な書類を添えて請求事由の発生した翌月から6か月以内に当会に提出しなければならない。ただし、第10条第1項に関する給付を請求する権利は、約款第27条に従う。

（書類等の受付と支払）

第13条 給付請求や申告内容の変更（以下「書類等」という。）は、毎月5日までに当会に届いたものを当該月の書類等受付分として処理する。このとき、5日が日祝日の場合は、翌営業日とする。

2 給付は、契約者会員に直接または団体を経由して支払う。

3 前項の給付は、内容を審査し承認されたものについて、毎月25日に支払う。このとき、支払日が土日祝日の場合は、翌営業日とする。

（給付の承認）

第14条 前条の請求にかかわる給付の承認は、専務理事又は常務理事又は事務局長が行う。

（月額保険料）

第15条 月額保険料は第15条で定める標準報酬の1,000分の12とし、団体及び契約者会員の負担割合はおのおの2分の1とし、給与天引きとする。

2 月額保険料の払込、猶予期間、失効及び免除については、約款第9条、第10条、第11条及び第12条に従う。

（標準報酬の定義）

第16条 標準報酬とは、健康保険標準報酬月額を準用する。

（標準報酬表の提出）

第17条 団体は契約者会員別に標準報酬表を作成して、毎年7月10日までに当会に提出しなければならない。

- 2 前項の標準報酬は、毎年9月1日から翌年8月31日まで適用するものとし、随時改定は行わない。

(改廃)

第18条 この規程の改廃は、理事会の決議を経て行う。

附 則

1. 平成19年3月31日までの旧共助会制度の加入者で、解約するまでに医療給付金を受けたことがない契約者会員に対しては、約款第21条にかかわらず平成19年3月31日までの掛金総額（自己負担分）を解約返戻金として支払うものとする。
2. この規程は、一般財団法人福島県農協役職員共助会の設立の登記の日（平成25年4月1日）より施行する。
3. この規程は、令和7年4月1日にこの規程を一部変更する。

一般財団法人福島県農協役職員共助会

退 職 互 助 規 程

(目的)

第1条 一般財団法人福島県農協役職員共助会（以下「当会」という。）は、認可特定保険業者等に関する命令（平成23年5月13日 内閣府・総務省・法務省・文部科学省・厚生労働省・農林水産省・経済産業省・国土交通省・環境省令第一号。以下「命令」という。）及び定款第4条第5号の規定に基づき、この規程に定めるところにより医療給付金及びその他の給付を行う。

(認可事項)

第2条 第9条第1項第1号に定める給付は、主務官庁である福島県知事より受けた認可（平成25年3月21日 24農支第3817号）に基づくものとし、給付内容等を変更する場合は、理事会決議を経た上で、主務官庁より変更認可を受けなければならない。

2 前項の認可内容については、以下の基礎書類に基づくものとする。

- (1) 退職互助医療保険 普通保険約款（以下「約款」という。）
- (2) 退職互助医療保険 事業方法書（以下「事方書」という。）
- (3) 退職互助医療保険 保険料及び責任準備金の算出方法書（以下「算方書」という。）

(退職互助医療保険)

第3条 当会における退職互助医療保険については、別途約款で定めることとし、契約者は約款に従う。

(本規程への同意)

第4条 定款第1条第2項に定める団体（以下「団体」という。）及び役職員等は、本規程に従うことに同意したものとみなす。

(保険契約)

第5条 本規程に基づき、医療給付金及びその他の給付を受けるものは、別に定める退職互助医療保険契約（以下「保険契約」という。）を当会と締結するものとする。なお、保険契約の締結にあたっては、当会が定めた所定の事項を申告しなければならない。

2 保険契約を締結できる者は、定款第1条第2項に定める役職員等であった

退職者であり、下記の条件を満たす者とする。

(1) 共助会総合保険の契約者会員であり、第16条で定める保険料積立金を25年間積み立てた者（以下「退職互助積立満了者」という。）

3 前項にかかわらず、退職時において50歳以上に到達し、かつ15年以上積み立てている者は、次のとおり不足額を一時払いで納付することで、保険契約の締結ができるものとする。

(1) 退職時の標準報酬月額に1,000分の9を乗じた額に、不足期間分を乗じて得た額を退職時に一時払いで納付すること

(2) 前号のうち、自己都合による退職については1,000分の11を乗じること

4 第1項による保険契約の締結日は、約款第6条に基づくものとし、退職月の翌月1日からとする。

5 保険契約を締結した役職員等（以下「契約者会員」という。）は、第1項後段で申告した事項に変更があったときは、直ちにその旨を書面にて当会に届け出なければならない。

(保険期間)

第6条 前条により締結した保険契約の保険期間は、約款第7条に従うものとする。

(保険契約の更新)

第7条 第5条により締結した保険契約は、更新を行わない。

(保険契約の解約)

第8条 契約者会員は、約款第19条に従い、いつでも本規程に基づく保険契約を解約することができる。

2 解約に伴う解約返戻金の額は、約款第20条に従う。

3 契約者会員が保険契約を解約するときは、併せて配偶者も第9条に定める給付金の請求権利を喪失する。

(給付の種類)

第9条 この規程による給付の種類は次の通りとする。

(1) 医療給付金

(2) 香典

2 前項第1号の給付内容及び給付条件については、約款第2条に従い、第2号については、第11条に従うものとする。

（医療給付金の一部負担額）

第10条 約款第2条第1号に定める契約者会員の一部負担額は3,000円とする。

2 前項による一部負担額は、院外処方による薬局分は差し引かない。

（香典）

第11条 契約者会員及び配偶者が死亡した場合は、それぞれ10,000円の香典を給付する。

2 第16条に定める保険料積立金の積立を行っている者（以下「退職互助積立者」という。）又は退職互助積立満了者が死亡した場合は、10,000円の香典を給付する。

3 約款第9条第1項に定める保険料を納付した契約者会員で、約款第7条第1項及び第2項に定める保険期間に到達していない契約者会員（以下「退職互助待機者」という。）が死亡した場合は、10,000円の香典を給付する。

（給付の請求）

第12条 第9条第1項に定める給付を受けようとする契約者会員又はその配偶者は、別に定める請求書に必要な書類を添えて請求事由の発生した翌月から6か月以内に当会に提出しなければならない。ただし、第9条第1項に関する支払を請求する権利は、約款第26条に従う。

（給付金の承認）

第13条 前条の請求にかかわる給付の承認は、専務理事又は常務理事又は事務局長が行う。

（書類等の受付と支払）

第14条 給付請求や申告内容の変更（以下「書類等」という。）は、毎月5日までに当会に届いたものを当該月の書類等受付分として処理する。このとき、5日が日祝日の場合は、翌営業日とする。

2 給付は、請求者の指定する口座に支払う。

3 前項の給付は、内容を審査し承認されたものについて、毎月25日に支払う。このとき、支払日が土日祝日の場合は、翌営業日とする。

（保険料）

第15条 保険料は、第16条で定める保険料積立金の総額とする。

2 保険料の払込、猶予期間、失効及び免除については、約款第9条、第10条、第11条及び第12条に従う。

(保険料積立金)

第16条 保険契約を締結する者は、約款第9条に規定する一時払い保険料に充当するために、30歳の誕生日を迎えた翌月から25年間、第18条で定める標準報酬に1,000分の11を乗じた額（以下「保険料積立金」という。）を積み立てるものとする。

2 前項の積み立ての負担割合は、定款第1条第2項に定める団体及び退職互助積立者でおのおの2分の1とし、給与天引きとする。

(保険料積立金の積立申込み)

第17条 保険料積立金の積立申込みは、共助会総合保険契約時に行うものとする。

2 前項のうち、共助会総合保険契約時の年齢が45歳以上の者は、保険料積立金の積立申込みを任意で申込むことができる。

(標準報酬の定義)

第18条 標準報酬とは、健康保険標準報酬月額を準用する。

(標準報酬表の提出)

第19条 団体は契約者会員別に標準報酬表を作成して、毎年7月10日までに当会に提出しなければならない。

2 前項の標準報酬は、毎年9月1日から翌年8月31日まで適用するものとし、随時改定は行わない。

(保険料積立金の払戻し)

第20条 退職互助積立者又は退職互助積立満了者は、保険料積立金の払戻しを受けることができる。このとき、共助会総合保険も解約しなければならない。

2 前項の払戻し額は、退職互助積立金の自己負担分全額とし、払戻金の受取人は、退職互助積立者、退職互助積立満了者又はその法定相続人とする。

3 前項については、退職互助待機者においても準用する。

(改廃)

第21条 この規程の改廃は、理事会の決議を経て行う。

附 則

1. 平成17年3月31日までに保険料の積立を開始している者は、第5条第3項の、

退職時の年齢並びに保険料の積立期間にかかわらず、不足額を一時払いで納付することで、保険契約の締結ができる。

2. 平成21年3月31日までに共助会総合保険の契約をした者は、第17条で定める保険料積立金の積立申込みについて、30歳以降任意で申込みをすることができる。

3. この規程は、一般財団法人福島県農協役職員共助会の設立の登記の日（平成25年4月1日）から施行する。

公 益 事 業 実 施 規 程

(目的)

第1条 一般財団法人福島県農協役職員共助会（以下「当会」という。）の定款第3条及び第4条第3号、第4号の定めに基づき、不特定多数の者の利益の増進に寄与する事業として、この規程の定めるところにより公益事業を行う。

(事業の種類)

第2条 当会が公益事業として実施する事業は、次のとおりとする。

- (1) 保健・医療・福祉に関する教育啓蒙事業
- (2) 医師・看護師養成事業に関する事業への助成

(事業にかかる経費)

第3条 事業にかかる経費は、運用益の範囲内で、かつ主たる事業に影響を及ぼさない範囲で支出する。

(実施の手続き)

第4条 第2条第2号に関する手続きは、別に定める助成実施要領により行う。

(改廃)

第5条 この規程の改廃は、理事会の決議を経て行う。

(補則)

第6条 この規程に定めるもののほか、公益事業実施に関する必要な事項は、理事長が定める。

附 則

この規程は、平成25年4月1日から施行する。

公益事業助成実施要領

(目的)

第1条 一般財団法人福島県農協役職員共助会（以下「当会」という。）公益事業実施規程に基づき、当会の公益事業の適正な実施を図るために必要な事項について定める。

(助成対象)

第2条 当会が助成対象とする事業は、次に掲げる事業とする。

(1) 医師・看護師養成に関する事業

(助成対象者)

第3条 当会が助成する者は、次のとおりとする。

(1) 医師・看護師養成に関する事業を実施する農林漁業団体

(助成金額)

第4条 助成金額は、理事長が定める。

(助成申請手続き)

第5条 助成を希望する団体は、助成金交付申請書（助成申請様式1号）に係る書類を添付し、期日までに理事長に提出しなければならない。

(実績報告)

第6条 助成を受けた団体は、関係書類を添えて実施報告書（助成申請様式2号）を提出しなければならない。

(補則)

第7条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は理事長が定める。

附 則

この要領は、平成24年3月5日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年3月25日から施行する。

インフルエンザ予防接種代給付要領

JA福島共助会

1. 目 的

本会定款第4条（1）に掲げている「役職員の福利厚生に関する事業」に基づき、共助会総合保険会員とその家族の健康管理のため、インフルエンザ予防接種代（保険適用外）を、共助会総合保険普通保険約款による医療給付金として給付する。

2. 給付対象者

各加入団体の共助会総合保険会員と家族（被扶養者登録された一親等の家族）

3. 給 付 額

インフルエンザ予防接種代を上限 2,000 円まで給付する。

なお、一部負担額は控除しないものとする。

4. 予 算 措 置

医療給付金より支出

5. 事 務 手 続

共助会総合保険インフルエンザ予防接種代給付金請求書（様式2号—③）に、医療機関の領収書を添付し、医療費として請求する。

6. そ の 他

この要領に定めるもののほか、給付に関し必要な事項は理事長が定める。

附 則

令和7年4月1日にこの要領を一部変更する。

インフルエンザ予防接種代給付事務手続き

JA福島共助会

インフルエンザ予防接種代給付要領に基づく事務手続きは次による。

1. 給付の対象 会員および共助会に登録されている会員の被扶養者（1親等のみ）が接種したインフルエンザ予防接種を対象とし、平成23年10月接種分より医療給付金として給付を行う。
2. 請求方法 「共助会総合保険インフルエンザ予防接種代給付金請求書」（様式2号-③）に領収書を添付し、請求するものとする。
インフルエンザ予防接種代とわかる領収書の原本を使用し請求すること。
ただし、インフルエンザ予防接種代が保険適用分の医療費と同じ領収書内に証明されている場合には、インフルエンザ予防接種代の請求には、コピーした領収書を使用できるものとし、保険適用分の医療費（原本の領収書使用）とインフルエンザ予防接種代（コピー領収書使用可）についてそれぞれ請求書を作成するものとする。
3. 請求期限 請求は、接種後3年以内とし、3年を経過した請求は給付対象外とする。
4. 決定 毎月5日を締切日とし、他の医療給付金と同様に審査の上、給付金を決定するものとする。
5. 送金 決定となった給付金は、毎月25日に他の医療給付金と同様に個人の口座（個人の口座の設定がない団体は、団体の口座）へ送金する。
25日が金融機関の休業日にあたる場合は、翌営業日とする。
6. 注意事項 (1) インフルエンザ予防接種代は、医療給付金に属するので、給付を受けた場合には、平成19年3月末で保証されている脱退給付金（現在まで医療費を請求していない平成19年3月以前からの加入者への保証）は、給付対象外となるので注意すること。
(2) 病気療養以外の事由（育児休暇等）による保険料免除に該当している会員は、免除期間中に接種したインフルエンザ予防接種代は給付対象外となる。
(3) 市町村等からインフルエンザ予防接種費用の一部助成がある場合には、その助成金額を除いて請求すること。
なお、助成がある場合で、重複した給付を受けたときには、給付金の一部が返還対象となる。
(4) 市町村等の接種費用の助成に関する取扱いにより、当会へ請求できない場合は給付対象外となる。
7. その他 この事務手続きは、令和3年4月1日から適用する。

個人情報保護に関する基本方針

一般財団法人福島県農協役職員共助会(以下「当会」といいます。)は、個人情報保護に関する法律その他関係法令の定めを遵守するとともに、以下の方針に基づいて個人情報を適切に取り扱います。

1. 個人情報の利用

当会は、ご契約内容、申込書記載事項やその他の知り得た個人情報については、当会が共助会総合保険及び退職互助医療保険契約引受の判断、給付金等の支払、共助会総合保険及び退職互助医療保険契約の継続・維持管理、各種サービスの提供・充実を行うために利用します。また、当会の他の商品・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。なお、業務を委託する場合は、より個人情報に配慮したものとします。

2. 個人情報の取得

当会は、適法かつ公平な手段により個人情報を取得いたします。

3. 個人情報の提供

当会は、法令に定める場合等を除き事前に本人の同意を得ることなく、第三者に提供いたしません。

4. 個人情報の管理

当会は、個人情報を利用目的の範囲内で正確・最新の内容を保つように努めています。

また、個人情報の紛失・破壊・改ざん・漏洩・不正アクセスなどを防止するために必要な安全対策を講じます。

5. 個人情報の開示・訂正・利用停止・削除

当会は、法令に基づき、本人の求めに応じて保有する個人情報の開示、訂正等に対応いたします。

6. 体制

当会は、役職員等に対して個人情報保護及び適正な管理方法について教育啓蒙活動を実施し、個人情報の適切な管理に努めています。

7. 個人情報保護に対する継続的取り組み

当会は、個人情報の適切な保護と利用が図られるよう、継続的に個人情報保護への取り組みについて、見直し、改善を行ってまいります。

平成25年4月1日 一般財団法人福島県農協役職員共助会

一般財団法人福島県農協役職員共助会

個人情報取扱規程

(目的)

第1条 この規程は、一般財団法人福島県農協役職員共助会（以下「当会」という。）の個人情報の取扱いに関する基本的な事項を定めたもので、個人情報の保護と適正な利用を図ることを目的とする。ただし、当会の従業員に係る個人情報の取扱いについては「従業員個人情報取扱規程」に定めるものとし、特定個人情報に係る固有の取扱いについては、「特定個人情報取扱規程」に定めるものとする。

(法令等の遵守)

第2条 個人情報を適正に取扱うために、個人情報の保護に関する法律、その他、個人情報保護に関する関係諸法令のガイドラインに定められた義務を誠実に遵守する。

(用語の定義)

第3条 この規程における用語の定義は、次の各号のとおりとする。

(1) 個人情報

個人情報の保護に関する法律（以下「法」という。）第2条第1項に規定する個人に関する情報をいう。

(2) 個人データ

法第2条第4項に規定する個人データをいう。

(3) 保有個人データ

法第2条第5項に規定する保有個人データをいう。

(個人情報事務管理者等)

第4条 事務局長を個人情報保護事務管理者とし、個人情報保護のための措置に関する業務を総括し指揮・監督に当たらせる。

(利用目的の通知)

第5条 個人情報は、適正な手段で取得するものとし、利用目的について法令により例外として取扱われる場合を除き、本人に通知する。

(適正な利用と管理)

第6条 取扱う個人データを利用目的の範囲で正確・最新の内容に保つよう努め、また安全管理のために必要・適切な措置を講じ職員および委託先を適正に監督する。

(第三者への提供)

第7条 法令により例外として扱われるべき場合を除き、あらかじめ本人の同意を得ることなく、個人データを第三者に提供しない。

(保有個人データの管理)

第8条 保有個人データにつき、法令に基づき本人からの開示、訂正等に応じる。

(内部体制の整備)

第9条 取扱う個人情報につき、本人からの苦情に対し迅速かつ適切に取り組み、そのための内部体制を整備する。

(内部監査の実施)

第10条 取扱う個人情報について、適正な内部監査を実施するなど、本規程の継続的な改善に努める。

附 則

1. この規程は、平成28年4月1日から施行する。

樣式1号-①)

JA福島共助会
共助会総合保険契約申込書兼
退職互助積立申込書

一般財団法人福島県農協役職員共助会 御中

[illegible]

共助会総合保険および退職互助積立の取扱いについて、詳細を重要事項説明書で確認し、内容を了解しました。

なお、申込書および重要事項説明書に記載の貴会の「個人情報」の取扱いを確認し、貴会が必要範囲において、共助会総合保険および退職互助積立の申込みに関する個人情報取得・利用および提供を行うことに同意します。

【個人情報の取扱い】に契約・申込み内容、申込書記載事項やその他の知り得た個人情報の提供・充実に、当会が活動総合保護致政および活動互助助研、給付金等の支払、共助総合総合保護致政および活動互助助研の継続・維持管理、各種サービスの提供・充実に利用するために利用します。また、本型に關する個人情報は、当会他との商品・サービスの提供・充実に必要に際し必要な範囲で利用することとなりますが、「個人情報の取扱い」の項目は重要事項説明書をご確認ください。

上記の諸事項および裏面をご確認の上、色部分について記入・押印していただき、右側の「添付書類のり付け箇所」に添付書類をのり付けしてください。

共助会総合保険契約申込内容									
契約者会員氏名(姓・名の間は一文字あけてください。)						代表理事 事務部長 個人用電話(市町区番)			
団体コード	会員番号①	フリガナ							
		漢字							
性別	生年月日	年齢	健康保険資格取得年月日						
1 男 2 女	S(昭和) H(平成)	歳	S(昭和) H(平成) R(令和)	年	月	日			
郵便番号	現住所(住民票に登録されている住所を記入してください。)		市区町村						
-	都道府県								
電話番号(ハイフンを含めて市外局番から記入してください。)			公費による医療補助成(例)：障がい認定、指定難病、ひとり親助成制度など)						
			1	な	し	2	あり	(制度名)	
									*横書き1行(公費補助取該当申請書)を一欄に提出してください。
当会からのお知らせメール配信申込(保険商品またはそのサービスについての案内等を配信します。)									
1 申込み	(メールアドレスをご記入ください。)								2 申込みない
標準報酬月額			月払保険料算出(会員負担分)						
円	×	6	=						
共助会月払(保険料(基準参照))			円						

※個人口座自振を実施している団体の契約者全員のみに記入してください。(契約者全員と同名義の口座に限ります。)

JA	金振機関コード	店舗コード	口座番号 (右詰めて記入してください。)
給付金振込先金振機関名(ＪＡ名) ※県内JAのみ	振込先金振機関店番名	本店・本所 支店・支所	

退職互助積立申込内容

該当する現在の年齢を○で囲んでください。 20歳以下 ☐ 20歳～24歳 ☐ 25歳～29歳 ☐ 30歳～34歳 ☐ 35歳～39歳 ☐ 40歳以上 ☐	月払年金金額 (30～44歳の方と45歳以上の希望者のみ記入してください)	標準報酬月額	$\frac{5.5}{1,000} = \text{ (会費相分) }$	円	退職互助会積立金 (備考参照)
総括企業連帯					

◆年齢が45歳以上の方の場合、退職時に15年(180月)以上の積立金がないと退職互助医療保険の契約ができないため、希望者のみお申込ください。

注意事項：※1 会員コードは、団体コードのみ記入してください。会員番号は、保険契約証でお知らせします。

※2 被扶養者の登録は、**第1号-②扶助金総合口座**の開設届を提出してください。

※Z 板状蛋自り豆球は、様式1号②・六助云総口床院板状蛋自り焼・追加豆球間』を提出してください。

新規契約者用
(共助会提出用)

〈通帳の写しのり付け箇所〉

※個人口座自振を実施している団体の契約者会員は必ず添付してください。
(JA名・支店名・口座名義等が分かる部分の写しを添付してください。)

「健康・年金保険資格取得確認および標準報酬月額通知書」等の写しのリ付け箇所」

「次の①～③のうちいずれかを添付してください。」

- ①健康保険・厚生年金保険保険資格取得確認および標準報酬決定通知書の写し
②健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書の写し(本人情報のみ添付)
③健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬改定通知書の写し(本人情報のみ添付)

※欄外にはみ出してしまう場合は折り返して添付してください。

「健康保険・厚生年金保険資格取得確認及び標準報酬決定通知書の写し」

〈健康保険証の写しのり付け箇所〉

令和6年12月1日以前に資格取得された方は、令和7年11月5日までは「健康保険証の写し」を添付することができます。

※こちらに「健康保険証の写し又は「健康保険・厚生年金保険資格取得確認及び標準報酬決定通知書」の写し」を必ず添付してください。

共助会総合保険契約日		共助会記入欄	
年	月	日	退職互助積立開始日
事務局長	検証	起家	

団体名
事業所名)

令和7年4月)

共助会総合保険被扶養者新規・追加登録届(様式1号-②)

様式 1号-②
共助会会員用

共助会総合保険被扶養者新規・追加登録届

JA福島共助会

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

重要 必ずご確認ください。

- (1) 被扶養者の登録には、協会けんぽが交付する健康保険被扶養者(異動)決定通知書を確認して一致しているかを審査します。
- (2) 健康保険に登録のある、一親等の被扶養者が登録対象となります。(裏面参照)
- (3) 当会が承諾した日を登録日とし、登録日の週及は行いません。
- (4) 当会に登録された後に請求事由の発生した医療費が給付になります。
- (5) 「健康保険被扶養者(異動)決定通知書の写し」を必ず添付してください。(裏面にホチキスにて添付してください。)
- (6) 公費による医療費助成が「あり」の方は、様式11号「公費負担・助成制度該当申出書」を必ず添付してください。

▼ 枠内のご記入をお願いします。

私の健康保険被扶養者に新規・追加登録がありましたので届け出いたします。

会員コード		会員氏名		会員本人の配偶者有無
団体コード	会員番号	漢字	フリガナ	有 無 必ず○をつけてください

受付日

令和 年 月 日届出

続柄コード	続柄	フリガナ	性別	生年月日(和暦)
		氏名(漢字)※姓が会員本人と同一の場合、名前のみ記入してください	1 男 2 女	昭和 平成 令和
公費による医療費助成(例:障がい認定、指定難病、ひとり親助成制度など)				共助会使用欄
1 なし 2 あり(制度名)				令和 年 月 日

※令和7年11月5日受付分までは健康保険証写しの添付可

続柄コード	続柄	フリガナ	性別	生年月日(和暦)
		氏名(漢字)※姓が会員本人と同一の場合、名前のみ記入してください	1 男 2 女	昭和 平成 令和
公費による医療費助成(例:障がい認定、指定難病、ひとり親助成制度など)				共助会使用欄
1 なし 2 あり(制度名)				令和 年 月 日

※令和7年11月5日受付分までは健康保険証写しの添付可

続柄コード	続柄	フリガナ	性別	生年月日(和暦)
		氏名(漢字)※姓が会員本人と同一の場合、名前のみ記入してください	1 男 2 女	昭和 平成 令和
公費による医療費助成(例:障がい認定、指定難病、ひとり親助成制度など)				共助会使用欄
1 なし 2 あり(制度名)				令和 年 月 日

※令和7年11月5日受付分までは健康保険証写しの添付可

続柄コード	続柄	フリガナ	性別	生年月日(和暦)
		氏名(漢字)※姓が会員本人と同一の場合、名前のみ記入してください	1 男 2 女	昭和 平成 令和
公費による医療費助成(例:障がい認定、指定難病、ひとり親助成制度など)				共助会使用欄
1 なし 2 あり(制度名)				令和 年 月 日

※令和7年11月5日受付分までは健康保険証写しの添付可

この届出は事実と相違ないことを認めます。

団体名
(事業所名)

印

事務局長	検 証	起 案

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

共助会総合保険被扶養者脱退届兼変更・訂正届(様式1号-③)

様式1号-③
共助会会員用

共助会総合保険被扶養者脱退届兼変更・訂正届

JA福島共助会

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

私の健康保険被扶養者に異動または、登録事項に変更・訂正が発生しましたので届け出いたします。

受付日

▼ 枠内のご記入をお願いします。

会員コード		会員氏名	
団体コード	会員番号	漢字	氏名

令和 年 月 日届出

1. 被扶養者の脱退届

続柄コード	続柄	氏名(漢字)	生年月日	脱退年月
			昭和 平成 令和	年 月 日 令和 年 月 末日
			昭和 平成 令和	年 月 日 令和 年 月 末日
			昭和 平成 令和	年 月 日 令和 年 月 末日

(注意事項) 1. 続柄コードは裏面を参照してください。
2. 1日付で扶養から外れた場合は、前月の末日で記入してください。

2. 被扶養者の変更・訂正届

(1) 変更・訂正する被扶養者について記入してください。(変更前)

続柄コード	続柄	フリガナ (カタカナ)	氏名 (漢字)

(2) 変更・訂正する登録事項に○をつけて、項目に記入してください。(変更後)

1. 氏名変更・文字の訂正

フリガナ (カタカナ)	氏名 (漢字)

2. 続柄訂正

続柄コード	続柄

3. 性別訂正

性別
1 男
2 女

(注意事項)
続柄コードは裏面を参照してください。

4. 生年月日訂正

生年月日(和暦)			
昭和 平成 令和	年	月	日

この届出は事実と相違ないことを認めます。

団体名
(事業所名)

印

事務局長	検証	起案

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

共助会総合保険医療給付金請求書(様式2号-①)

(様式2号)-①

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

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。

受付日(ナンバリング)

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。)

患者の続柄(本人、長男、二男など)

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)

患者名 年齢(受診時) 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 日 診療日数

保険適用分の請求金額⇒病院分の場合、1,000円を超えていますか?(ノ/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)の場合はノ/不要です。

入院・外来判定にノ/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)

病院または薬局の電話番号

病名・症状または疾病部位

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□にノ/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、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)

共助会総合保険給付金請求書(様式2号-②)

(様式2号-②)

共助会総合保険給付金請求書 (療養・結婚・出産・死亡給付金〔配偶者〕)

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

下記の事由が発生いたしましたので、共助会総合保険約款に基づき請求いたします。

受付日

令和 年 月 日

会員コード		会 員 氏 名	
団体コード	会員番号	(旧姓) ㊤	

療養給付金

療養期間 令和 年 月 日～ 令和 年 月 日

給付対象⇒会員本人

添付書類⇒診断書の写し

注意事項⇒①療養のため就業できない期間が連続して30日以上で給付になります。

②会員期間中1疾病につき一回限りの給付。また、一事業年度に一回限りの給付となります。

結婚給付金

婚姻届日 令和 年 月 日～ 配偶者氏名

給付対象⇒会員本人の結婚

添付書類⇒戸籍抄本または婚姻届受理証明書の写し

注意事項⇒①共助会会員同士の結婚の場合は会員毎に請求してください。

②結婚により会員氏名が変更となる場合は、「共助会総合保険登録事項変更・訂正届」を一緒に提出してください。

出産給付金

出産年月日 令和 年 月 日 出産人数 人

新生児名

給付対象⇒会員本人または配偶者の出産

添付書類⇒母子手帳(出生届出済証明欄)の写し

注意事項⇒共助会会員同士の子供の場合は会員毎に請求してください。

死亡給付金〔配偶者〕

死亡年月日 令和 年 月 日

配偶者(死亡者)氏名

給付対象⇒共助会に扶養登録されている配偶者(夫、妻)の死亡

添付書類⇒死亡診断書の写しまたは除籍謄本の写し

注意事項⇒「共助会総合保険被扶養者脱退届兼変更・訂正届」を一緒に提出してください。

上記請求書は事実と相違ないことを認めます。

令和 年 月 日

団 体 名

㊤

事務局長	検 証	起 案

※この届け出によって取得する個人情報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7年5月)

インフルエンザ予防接種代給付金請求書(様式2号-③)

共助会様式2号-③
共助会 会員 用

JA福島共助会

インフルエンザ予防接種代給付金請求書

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

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。

請求年月日 令和 年 月 日

受付日(ナンバリング)

▲ 注意確認事項 *下記の注意事項をお読みいただき、必ず確認の□ チェックをしてください。

- 【注1】登録している市町村からインフルエンザ予防接種費用の助成(公費助成)がある場合、そちらを優先してください。
【注2】市町村からの助成(公費助成)がある場合、助成金額を差し引いて給付いたします。なお、当会へ請求する前に申請手続きは済ませてください。
【注3】助成内容については、各市町村ホームページ、市政たより等で確認してください。市町村の助成が開始されましたら共助会ホームページでも確認いただけます。
【注4】市町村へ申請後、助成に関する通知書(証明書類)がある場合は、領収書と一緒に添付してください。

必須

※チェックがない場合は返送になります。

公費助成に該当する場合は、共助会が差し引いて給付することを承諾します。

※ただし、医療機関の窓口で公費助成額が差し引かれている場合は、窓口での支払い額を給付します。

会員	会員コード		会員氏名		印
	団体コード	会員番号	漢字	(旧姓)	
接種者	続柄 (長男・次男など)	接種者氏名	接種時年齢	生年月日 昭和・平成・令和 才 年 月 日	
	住民登録の市町村		接種者が該当しているときは□ チェックしてください。		
	(市) □ (町) □ (村) □		☐ 障がい認定を受けている ⇒ 障がい〔 〕級 ☐ 指定難病(特定疾病)の認定を受けている ☐ 接種時、妊娠していた ⇒ 妊娠〔 〕ヶ月		
	※当会台帳に登録されている市町村名と相違がある場合は返送となります。登録内容に変更が生じた場合は、変更届をご提出ください。				
	接種年月日 平成・令和 年 月 日	今年度接種回数 ☐ 1回目 ☐ 2回目	請求金額(2回接種の場合は合計額) ※医療機関に支払った金額を記入してください。		円

(注1) この請求書用紙はコピーでも使用可能です。

(注2) インフルエンザ予防接種代給付金は医療給付です。請求されると「共助会脱退給付金」は給付対象外となりますのでご注意ください。

(注3) 記入事項および請求方法について、不明な点はお問い合わせください。

※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。
※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。

* 共助会 使用欄	現物給付	医療機関のインフルエンザ接種代	円
	償還払い	市町村からの助成額	☐ 1回目 △ ☐ 2回目 円
		共助会給付額	円

団体名
(事業所名)

返送日

印

(令和3年4月)

(様式3号)

共助会標準報酬登録表

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

团体名

事業主

印

団体名

[illegible]

※会員番号は、健保番号ではありませんのでご注意ください。
(ただし、R3.3までに契約された方の会員番号は健保番号と同番号となっています。)

※社会保険事務所で決定される算定基礎届に基づいた標準報酬月額を記入してください。
 (例) 142000、180000、300000…と右詰めで記入する。

共助会総合保険登録事項変更・訂正届(様式4号)

〔様式4号〕
共助会会員用



共助会総合保険登録事項変更・訂正届

一般財団法人福島県農協役職員共助会 御中

共助会総合保険の登録事項について、変更・訂正が発生したので届出いたします。

会員コード		会員氏名(変更前の氏名)	
団体コード	会員番号		㊟

受付日

令和 年 月 日届出

会員本人の変更・訂正

- (1) 変更・訂正する登録事項を○で囲んでください。
- | | | | |
|-------------------|--------------|-----------------|--------------|
| 1. 氏名の変更・訂正 | 2. 生年月日訂正 | 3. 性別訂正 | 4. 住所・電話番号変更 |
| 5. お知らせメール配信申込・停止 | 6. メールアドレス変更 | 7. 給付金振込先金融機関変更 | |
| 8. その他 () | | | |

- (2) 変更・訂正後の項目のみ記入してください。

①氏 名(漢字)	フリガナ	②生年月日(和暦)	③性 別
		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	1 男 2 女

④現住所・電話番号(※住民票に登録されている住所を記入してください。)	
郵便番号	
電話番号(ハイフンを含めて記入してください。)	

⑤お知らせメール配信	⑥メールアドレス
1 申込む(アドレスの変更)	→ @
2 停止する	

⑦給付金振込先金融機関名(JA名)	給付金振込先金融機関店舗名	金融機関証明印
JA	本店・本所 支店・支所	㊟
金融機関コード	店舗コード	
口座番号(右詰め)		

- (注意事項) 1. 給付金振込先金融機関を変更したときは速やかに届出してください。届出が遅れると給付金が振込不能となります。(再振込の場合は再振込手数料等を給付金から控除します。)
2. 給付金振込先金融機関変更の金融機関証明印は、通帳の写し(口座名義・口座番号が確認できる部分)にかえることができます。

団体名
(事業所名)

㊟

事務局長	検 証	起 案

※この届出によって取得する個人情報については、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3年4月)

共助会加入団体登録事項変更届(様式5号)

(様式5号)

[加入団体用]



JA 福島共助会

共助会加入団体登録事項変更届

一般財団法人福島県農協役職員共助会 御中

共助会への登録事項について、変更が発生したので届出いたします。

変更前

団体コード						団体名	
-------	--	--	--	--	--	-----	--

受付日
令和 年 月 日届出

加入団体情報の変更

(1) 変更する登録事項を○で囲んでください。

1. 団体名の変更
2. 住所変更
3. 電話番号・FAX番号変更
4. メールアドレス変更
5. 保険料・積立金引き落とし口座変更
6. 団体給付金振込口座変更
7. その他 ()

(2) 変更後の項目のみ記入してください。

①団体名
(フリガナ)

②住所
郵便番号

③電話番号 (ハイフンを含めて記入してください。)
FAX番号 (ハイフンを含めて記入してください。)

④メールアドレス
@

⑤保険料・積立金引き落とし口座 金融機関名 (JA名)	保険料・積立金引き落とし口座 金融機関店舗名	金融機関証明印
JA	本店・本所 支店・支所	※通帳の写し代用可
金融機関コード	店舗コード	
種目	口座番号 (右詰め)	
当座・普通		
口座名義		
(フリガナ)		

⑥団体給付金振込先口座 金融機関名 (JA以外指定可)	団体給付金振込先口座 金融機関店舗名	金融機関証明印
	本店・本所 支店・支所	※通帳の写し代用可
金融機関コード	店舗コード	
種目	口座番号 (右詰め)	
当座・普通		
口座名義		
(フリガナ)		

- (注意事項) 1. 保険料・積立金引き落とし口座を変更する場合は、別紙「貯金口座振替依頼書」を一緒に提出してください。(変更前に必ず当会へご連絡ください。)
2. 合併による変更は、別途取り扱いとなりますので、当会へ直接ご連絡ください。

団体名
事業主名
(変更後)

印

事務局長	検証	起案

共助会総合保険保険料免除申請書(様式10号)

様式 10 号
共助会会員用

受付日

保 険 料 免 除 申 請 書

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

令和 年 月 日届出

共助会総合保険約款第 1 2 条に基づき、無給になりますので別紙証明書を添えて申請します。
なお、育児休業による保険料免除期間中の医療給付金は対象にならないことを承諾いたします。

会員コード				会員氏名			
							印

I 休職期間（無給期間）

開始 令和 年 月 日から

終了 令和 年 月 日まで

共助会記入欄

保険料免除期間

開始 R 年 月から

終了 R 年 月まで

II 免除理由 1. 病気療養による無給のため

【添付書類】診断書の写し

休職通知書の写し（休職と無給期間を証明できるものの写し）

2. 育児休業による無給のため

【添付書類】育児休職通知書の写し（育児休職と無給期間を証明できるものの写し）

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

団体名 印

※ この届け出によって取得する個人情報、当会の保険料徴収ならびに給付金支払い事務・統計および分析等を目的に利用いたします。

事務局長	検証	起案

保険料免除期間変更申請書(様式10-②号)

様式 10-②号

共助会会員用

受付日

保険料免除期間変更申請書

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

令和 年 月 日届出

共助会総合保険約款第12条に基づき、無給による申請をして保険料の免除をしておりますが、
休職期間（保険料免除期間）が同じ事由で ☐延長 ☐短縮 になりますので申請いたします。

会員コード				会員氏名			
							印

I 変更する休職期間（無給期間）

変更前：開始 令和 年 月 日から



終了 令和 年 月 日まで

変更後：終了 令和 年 月 日まで

共助会記入欄

保険料免除期間

〔変更前期間〕

開始 R 年 月から

終了 R 年 月まで

〔変更後期間〕

終了 R 年 月まで

II 延長または短縮する理由

〔添付書類〕延長する場合・・・休職期間（無給期間）が延長になることが証明できる書類の写し

短縮する場合・・・職場に復職することが証明できる書類の写し

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

団体名 印

※ この届け出によって取得する個人情報、当会の保険料徴収ならびに給付金支払い事務・統計および分析等を目的に利用いたします。

事務局長	検証	起案

公費負担・助成制度該当申出書(様式11号 退職互助兼用)

(様式11号 共助会・退職互助兼用)

受付日

公費負担・助成制度該当申出書

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

下記のとおり公費負担・助成制度に該当しましたので届け出いたします。

令和 年 月 日届出

会員コード	会員氏名	会員区分
	㊞	1. 共助会会員（現職者） 2. 退職互助会員（退職者）

該当者氏名	続 柄	公費負担・助成制度該当日
		S H R 年 月 日
該当した公費負担・助成制度名		
1. 障がい認定（等級： 級）	2. 自立支援医療制度（精神通院医療・更正医療・育成医療）	
3. ひとり親家庭医療費助成制度	4. 妊産婦医療費助成制度（出産予定日： 年 月 日）	
5. 指定難病医療費助成制度（特定疾患）	6. 肝炎治療医療費助成制度	
7. 結核医療費公費負担制度		
8. 健康保険組合からの助成（健保組合名： 助成対象金額： 円以上）		
9. その他公費負担・助成制度（制度名： ）		
所得制限有無		
1. なし（公費等から助成を受けられる）	2. あり（公費等から助成を受けられない）	
【所得制限期間 年 月 日～ 年 月 日まで】		

添付書類 (裏面に添付してください)	(1) 各種公費負担・助成制度に該当した際に交付された手帳及び医療費受給者証の写し (2) 手帳や医療費受給者証の交付がないときは、 <u>公的機関発行の公費助成が証明できる書類の写し</u> (3) 高額所得等で所得制限に該当している場合は、 <u>所得制限期間を証明できる通知書等の写し</u> (4) 健康保険組合からの助成があるときは、「 <u>資格情報のお知らせ</u> 」または「 <u>資格確認書</u> 」の写しと <u>助成内容が分かるパンフレット等の写し</u>
注意事項	(1) <u>当会の医療給付は、公費負担・助成制度に該当している場合、該当する金額を差し引いて給付します。</u> (障がい認定に該当されている方で「重度心身障がい者医療費受給者証」をお持ちの方、「ひとり親家庭医療費助成制度」、「妊産婦医療費助成制度」に該当されている場合、当会の医療給付（保険適用分の給付）は給付対象外となります。） (2) 届け出の内容に変更があった場合は、速やかに再度届け出してください。 (3) 共助会の医療給付金と公費負担を同時に受けることはできません。判明した場合、ただちに全額返金していただくことになります。

団体名
(事業所名) _____ ㊞
～退職互助会員についてはこの欄の記入を省略します。～

事務局長	検証	起案

※この届け出によって取得する個人情報、当会の保険料徴収ならびに給付金支払い事務・統計および分析等を目的に利用いたします。

共助会会員番号変更届(様式12号)

(様式12号)



JA 福島共助会

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

下記の会員は、他団体へ異動になりますので届け出いたします。

受付日

令和 年 月 日届出

旧会員コード (異動前)		会員氏名		添付書類 (裏面へホチキスにて添付ください)			
旧団体コード	旧会員番号			①異動後の「健康保険・厚生年金保険資格取得確認 および標準報酬決定通知書」の写し ②人事異動が分かる辞令等の写し ③異動後の団体の役員名簿の写し			
異動理由 (添付書類)	1. 合併 (①)			新団体コード (異動後の団体コード)			
	2. 人事異動による転籍 (①+②)						
	3. 役員就退任等による転籍 (①+②又は③)						
	4. その他人事異動 ()						
異動年月日	退職・退任日 年 月 日	転籍・就任日 年 月 日	新会員番号 (共助会記入欄)				
異動後の団体名							
旧会員コード (異動前)		会員氏名		添付書類 (裏面へホチキスにて添付ください)			
旧団体コード	旧会員番号			①異動後の「健康保険・厚生年金保険資格取得確認 および標準報酬決定通知書」の写し ②人事異動が分かる辞令等の写し ③異動後の団体の役員名簿の写し			
異動理由 (添付書類)	1. 合併 (①)			新団体コード (異動後の団体コード)			
	2. 人事異動による転籍 (①+②)						
	3. 役員就退任等による転籍 (①+②又は③)						
	4. その他人事異動 ()						
異動年月日	退職・退任日 年 月 日	転籍・就任日 年 月 日	新会員番号 (共助会記入欄)				
異動後の団体名							
旧会員コード (異動前)		会員氏名		添付書類 (裏面へホチキスにて添付ください)			
旧団体コード	旧会員番号			①異動後の「健康保険・厚生年金保険資格取得確認 および標準報酬決定通知書」の写し ②人事異動が分かる辞令等の写し ③異動後の団体の役員名簿の写し			
異動理由 (添付書類)	1. 合併 (①)			新団体コード (異動後の団体コード)			
	2. 人事異動による転籍 (①+②)						
	3. 役員就退任等による転籍 (①+②又は③)						
	4. その他人事異動 ()						
異動年月日	退職・退任日 年 月 日	転籍・就任日 年 月 日	新会員番号 (共助会記入欄)				
異動後の団体名							

- (注意事項) 1. 届出は異動後の団体より行ってください。
 2. 届出の締め切りは毎月5日までとなります。(添付書類が届かない場合は本変更届のみ先に提出してください。)
 3. 合併等により異動人数が多いときは共助会に連絡願います。
 4. 同団体内での雇用形態変更(再雇用など)の場合は届出不要です。
 5. 役員就退任等による転籍は、同組織内において前職退職又は退任の翌日付で異動する場合に限り届出可能です。

団体名 (異動前)

団体名 (異動後)

㊤

㊤

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

事務局長	検証	起案

共助会総合保険解約兼退職互助積立金返戻申込書(様式15号)

共助会様式15号
共助会会員用

共助会総合保険解約兼 退職互助積立金返戻申込書

JA福島共助会

受付日

一般財団法人福島県農協役職員共助会 御中

●ご記入前に必ず、お読みください。

- (1) 本書類は、保険契約者ご本人の自筆でご記入ください。
- (2) 本書類提出後の解約の取消・変更はできませんので、内容が確定してからご提出ください。
- (3) 解約日以降に発生した給付金については補償されません。
- (4) 退職互助医療保険の契約はできません。退職互助積立金は返戻いたします。

▼ 枠内のご記入をお願いします。

申込日 令和 年 月 日

私は、以下により共助会総合保険契約の解約および退職互助積立金返戻を申込みいたします。

保険契約者	会員コード		会員氏名		印
	団体コード	会員番号	フリガナ		
			漢字		

共助会総合保険・退職互助積立金	退職日(解約日)	解約時の年齢	解約後の連絡先電話番号(必ず記入してください。)
	令和 年 月 日	才	
	※退職による解約の場合は、社会保険の資格喪失日ではなく、実際に退職された日をご記入ください。		

解約理由(該当理由の番号に○をしてください。)		
1. 定年退職・選択定年退職 退任・60歳以上の退職	2. 自己都合による退職	4. その他・退職以外 理由 []

解約に伴う注意事項
共助会総合保険契約の解約により解約返戻金が発生する場合は、共助会給付金振込口座(会員ご本人名義または所属団体)に振込みいたします。団体を經由して共助会給付金を受けていた方は、団体經由での返戻になります。

共助会使用欄

共助会	
解約年月	令和 年 月
共助会給付状況	
1. 無	2. 有
脱退給付金	
円	

退職互助(積立金)		
	満了者	期間中
有	解約返戻金	
	円	
未加入		

団体名
(事業所名)

印

事務局長	検証	起案

参考
2

共助会総合保険の契約者死亡に伴う解約・給付金申込書(様式15号-③)

〔共助会様式15号-③〕
共助会会員用

共助会総合保険の契約者死亡に伴う解約・給付金申込書

JA福島共助会

- ご記入前に必ず、お読みください。
(1)本書類は、申請者の自筆でご記入ください。
(2)本書類に記入いただいた内容について、確認のため連絡をさせていただく場合があります。
(3)本書類提出後の取消・変更はできませんので、内容が確定してからご提出ください。
(4)死亡日以降に発生した給付金については補償されません。
(5)退職互助医療保険の契約はできません。退職互助積立金は返戻いたします。

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 宛

申込日 年 月 日

受付日

▼契約者会員本人の死亡により、共助会総合保険契約の解約をします。
解約による解約返戻金および死亡給付金等がある場合は、この申込書により請求をします。

保 険 契 約 者	会員コード		会員氏名	死亡日
	団体コード	会員番号	フリガナ	令和 年 月 日 死亡日で契約は終了します。

申 請 者	氏名	印	会員との続柄	電話番号(日中の連絡先)
	住所			

■契約者本人死亡に伴い添付いただく書類 ※①②必須添付+該当する場合のみ③添付	確認チェック
① 契約者会員の死亡日が確認できる書類(死亡診断書または除籍謄本)の写し	必須添付 ☐
② 申請者の身元確認ができる書類(マイナンバーカード(顔写真裏面)または運転免許証等)の写し	必須添付 ☐
③ 給付金等振込先口座の通帳の写し (注)共助会給付金の振込先が個人口座振替の場合のみ、申請者名義の口座に変更させていただくことになります。	個人口座の場合のみ添付 ☐

〔お願い〕 給付金等の振込先変更について、事業所の担当者に確認してご記入ください。

Q: これまで共助会の医療給付金は、どちらの方法で給付されていますか？

A: ①団体経由で給付 → ※口座の変更は必要ありません。
※給付金は事業所から給付されます。
②個人口座に振込 → 申請者名義口座を指定してください。

▼共助会給付金振込先口座が会員本人名義口座(個人口座振替)でしたので、申請者名義口座を指定します。

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名(JA名)		支店・店舗名		口座名義人
					フリガナ
					漢字
	金融機関コード	店舗コード	口座番号(右詰めで記入してください。)		

共助会使用欄

共助会総合保険			
契約年月	昭和 令和 年 月		
解約年月	令和 年 月		
共助会 給付状況	無	脱退給付金(～平成19年3月)	
		有	円
		無	※平成19年4月以降の契約者が該当
	有	※脱退給付金発生しない	

退職互助積立金		
積立状況・積立開始年月		解約(積立)返戻金
積立満了者	昭和 令和 年 月	円
積立期間中	昭和 令和 年 月	
積立開始前	積立なし	※脱退給付金発生しない
未加入者	積立なし	

共助会死亡給付金	
共助会契約締結10年以上	共助会契約締結10年未満
50,000円	30,000円

退職互助香典	
積立あり	積立なし
10,000円	香典なし

団体名
(事業所名)

印

事務局長	検証	起案

給付金請求書等送付状(団体用)

給付金請求書等送付状

共 助 会	送付内容	件数
	医療給付金請求書（2号－①）	件
	共助会給付金請求書【療養・結婚・出産・死亡】（2号－②）	件
	インフルエンザ予防接種代給付金請求書（2号－③）	件
	共助会総合保険契約申込書兼退職互助積立申込書（1号－①）	件
	共助会総合保険登録事項変更・訂正届（4号）	件
	共助会総合保険解約兼退職互助積立金返戻申込書（15号）	件
	共助会総合保険解約兼退職互助医療保険契約申込書（15号－②・退職互助3号）	件
	共助会総合保険契約者死亡に伴う解約・給付金申込書（15号－③）	件
	退職互助保険料積立申込書（退職互助1号）	件
	保険料免除申請書（10号）	件
	共助会総合保険被扶養者新規・追加登録届（1号－②）	件
	共助会被扶養者脱退届兼変更訂正届（1号－③）	件
	公費・助成制度該当申出書（11号）	件
	健康管理活動助成申請書（6号－①・②）	件
	PET検診助成給付金申請書（9号－①・②）	件
	会員番号変更届（12号）	件
		件
		件
退 職 互 助	送付内容	件数
	退職互助医療給付金請求書	件
	退職互助登録事項変更届	件
	退職互助医療保険解約申込書	件
	香典給付申請書・登録事項変更届	件
	公費・助成制度該当申出書	件
		件

【注意事項】

- （1）「医療給付金請求書」と「インフルエンザ予防接種代給付金請求書」に限り公印省略（朱印の省略）ができますが、事業所名は必ず記載してください。
- （2）送付状の共助会担当者名と押印にもれがあるときは、返送になります。
- （3）療養・結婚・出産・死亡等の請求をするときは、証明する書類を忘れずに添付してください。
- （4）結婚等により契約者本人の氏名が変更になるときは「共助会総合保険登録事項変更・訂正届」を提出してください。
- （5）結婚・出産等により被扶養者を登録するときは「共助会被扶養者新規・追加登録届」を提出してください。

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

送付日 令和 年 月 日

事業所名

共助会担当者名

印
(令和7年7月)

外来用領収書(退職互助兼用)

(JA福島共助会用)

外 来 用 領 収 書

診療月 令和 年 月分 (実日数 日間)

保険証の種類 国保 ・ 協会けんぽ ・ その他

保険証の記号番号 記号 番号

または被保険者番号 被保険者番号

被保険者名

患者名

右記のとおり領収いたしました。

令和 年 月 日発行

住所

医療機関名

印

TEL () -

【保険適用分】

保険診療分総点数	点
保険適用総診療費 (接骨院受診のとき)	円
患者負担割合	割
患者負担額①	円

【保険適用外】※共助会の給付対象外

② 内 訳		円
		円

領収金額

合 計(①+②) 円

一般財団法人福島県農協役職員共助会
TEL024-554-3512

入院領収明細書(退職互助兼用)

(J A福島共助会用)

注 1 : 電算化された領収書はそのまま使用できます。

注 2 : 診療月につき 1 枚で証明してください。

注 3 : 「負担小計①」のみが共助会の給付対象となります。

入院用領収明細書

保 険 区 分 (○印してください)	1. 協会けんぽ 2. 国保 3. 退職 4. 共済 5. 組合 6. 後期高齢者 7. 高齢 8. 公費 9. 特定 10. 自費		
保険証記号番号 (被保険者番号)	記号 番号		
被 保 険 者 氏 名		患 者 氏 名	
診 療 科 名		病 名	
診 療 期 間	令和 年 月 日～ 月 日 (実日数 日)		
	1. 入院中 2. 退院 (月 日)		

診 療 項 目	保険適用点数
診 察 料	点
投 薬 料	点
注 射 料	点
処 置 料	点
手術・麻酔・輸血	点
検 査 料	点
画 像 診 断 料	点
理学・その他	点
入 院 料	点
小 計	点
負 担 割 合	%
一 部 負 担 金	円
負 担 小 計 ①	円

保 険 外 診 療	
室料差額@ × 日	円
診断書料	円
その他 ()	円
その他 ()	円
その他 ()	円
負 担 小 計 ②	円

食 事 療 養 費	
標準負担@ × 日	円
負 担 小 計 ③	円

領収金額合計 (①+②+③)
円

上記のとおり領収しました。

令和 年 月 日発行

住 所

医療機関名

⑨

T E L () -

一般財団法人福島県農協役職員共助会 T E L 024-554-3512

医療給付金請求書及び領収書返却作業依頼書(共助会会員用)

(共助会用)

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

受付日

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。

☐ 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)

保険契約証発行申込書(退職互助兼用)

参考
2

共助会総合保険
各種届出・請求用紙等



JA 福島共助会

一般財団法人福島県農協役職員共助会 御中

共助会総合保険契約証もしくは退職互助医療保険契約証の発行を申込いたします。

保険契約証発行申込書

[共助会・退職互助兼用]

受付日

会員コード		契約者会員氏名	
団体コード	会員番号		印

令和 年 月 日 申込

1. 契約者会員の情報

○会員ご本人の情報をご記入ください。

現住所（こちらにご記入いただいた住所に送付します）											
郵便番号											
				-							
電話番号（ハイフンを含めて記入してください）								生年月日（和暦）		性別	
								S（昭和） H（平成）	年	月	日
										1 男	
										2 女	
発行を申込む理由						添付する書類（添付するものに○をつけてください）					
1 紛失したため						1 マイナンバーカード（顔写真面）の写し					
2 登録内容を確認するため						2 運転免許証の写し（裏書きされている場合は裏面も添付）					
3 その他（ ）						3 住民票の写し（6ヶ月以内のもの）					

- （注意事項）
- ご記入いただいた内容と添付書類により会員ご本人と判断できない場合は、発行することができません。
 - 紛失以外での発行申込の場合、新しい契約証が届きましたら、古い契約証は必ず破棄してください。

2. 添付書類のり付け欄

○こちらの欄に添付書類（マイナンバーカード（顔写真面）・運転免許証・住民票）いずれかの写しをのり付けしてください。
○欄外にはみ出てしまう場合は、折りたたんでのり付けするか、ホッチキスにて裏面へ添付してください。

事務局長	検証	起案

※この届出によって取得する個人情報については、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。

退職互助保険料積立申込書(退職互助様式1号)

退職互助様式1号
共 助 会 会 員 用

受付日

令和 年 月 日

退職互助保険料積立申込書

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

一般財団法人福島県農協役職員共助会が行う退職互助医療保険の趣旨に賛同し、保険料の積立を申込みいたします。

会員コード				会 員 氏 名		生年月日	年 齢
団体コード		会員番号					
						昭和・平成 年 月 日	歳

○退職互助保険料積立の条件とは…

1. 共助会総合保険の会員であること。
2. 年齢が30歳以上であること。

(30歳未満でも申込はできますが、積立は満30歳に達した翌月から開始となります。)

3. 退職互助の積立を開始して25年間保険料を積立すること。

(但し、退職互助医療保険契約時に積立期間が15年以上(180ヶ月以上)あり、年齢が50歳を越えていれば、不足期間分の積立金を一時払積立金として納入していただくことで契約することができます。)

上記の申込書は、事実と相違ないことを認めます。

令和 年 月 日

団体名

印

※ この届出によって取得する個人情報は、当会の保険料徴収並びに給付金支払い事務・統計および分析等を目的に利用いたします。

事務局長	検証	起案

退職互助医療保険医療給付金請求書(退職互助様式4号)

(退職互助様式4号)

退職互助医療保険医療給付金請求書

一般財団法人 福島県農協役員共助会 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。

受付日(ナンバリング)

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

連絡先電話番号

〒

会員コード(誤記入・未記入は返送となります。)

会員氏名

患者の続柄に/してください。

患者名

年齢(受診時) 患者の生年月日

本人(00)

配偶者(02)

昭和

歳

年

月

日

II. 保険適用分

診療年月

診療日数

令和

年

月

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

いいえ

※一部負担額を差し引かず

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)

病院または薬局の電話番号

病名・症状または疾病部位

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

70歳以上

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。)

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？

① 1～3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。)

はい

いいえ

受けられる

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」と答えた方…他制度名を記入してください

はい

いいえ

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。

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

いいえ

(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。)

(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、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6年7月)

退職互助医療保険登録事項変更届兼配偶者資格喪失届(退職互助様式5号)

(退職互助様式5号)
退職会員用

JA福島共助会

受付日

退職互助医療保険登録事項変更届(兼配偶者資格喪失届)

一般財団法人福島県農協役職員共助会 御中

令和 年 月 日届出

この度、貴会に登録している内容に変更が生じましたので、下記のとおり届け出いたします。

会 員 コード					

住 所(変更前)

会員氏名(変更前)

㊞

1. 氏名変更・・・登録されている氏名を変更する場合記入してください。
(変更後の氏名が確認できる書類(「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」など)の写しを添付してください。)

変更対象者(該当者に○)		変更後の氏名
本人	配偶者	フリガナ

2. 住所・電話番号変更

郵便番号(7桁で記入)	住 所(漢字)
電話番号(携帯電話でも可)	

3. 口座変更・・・金融機関はJAのみとなります。(通帳の写しを添付してください。)

給付金振込先金融機関名	給付金振込先金融機関店舗名	金融機関コード	店舗コード	口座番号(右づめ)
JA	本店・本所 支店・支所			

※変更できるのは、会員本人名義の口座に限ります。

4. 保険種別変更(該当する方のみ記入の上、「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写しを添付してください。)

- 本人 年 月より 健康保険に変更になりました。
○ 配偶者 年 月より 健康保険に変更になりました。

5. 他制度より医療費の助成があります。(助成内容が分かるパンフレット等の写しを添付してください。)

- 該当者は、本人・配偶者・両者です。(該当項目を○で囲んでください。)

制度名 助成対象金額 あたり 円以上

※他制度とは、健康保険組合や共済組合、他互助会等からの付加給付制度になります。

6. 所得区分変更

- 本人 年 月より に変更になりました。
○ 配偶者 年 月より に変更になりました。

7. おしらせメール配信の変更

メール配信	メールアドレス
1. 申込む(アドレス変更)	@
2. 停止する	

8. 配偶者が資格喪失となる事由が発生しましたので、お届けします。(該当項目を○で囲んでください。)

ア. 離婚したため イ. その他(理由)

○ 上記事由の発生日 令和 年 月 日

事務局長	検 証	起 案

(注意事項) 届け出の締め切りは、毎月5日までとなります。

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

(令7. 5月)

退職互助香典給付申請書(退職互助様式6号)

(退職互助様式6号)
(退職会員用)

受付日

退職互助香典給付申請書

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

令和 年 月 日

下記の事由が発生いたしましたので、貴会退職互助規程に基づき請求いたします。

1. 会員本人の死亡(口座変更の欄も必ずご記入ください。)

会員コード				会員氏名(死亡者氏名)				死亡年月日				
								R 年 月 日				
申請者氏名								会員との続柄				
申請者住所								申請者電話番号(日中の連絡先)				
〒												
口座 給付 金振 込先 変更	金融機関名				店舗名				口座名義人氏名			
					本店・本所 支店・支所				フリガナ			
	金融機関コード		店舗コード		口座番号							
添付書類		①死亡診断書の写しまたは除籍謄本の写し ②通帳の写し(口座名義と番号が確認できるところ) ③申請者が配偶者以外の場合は、申請者の身元が確認できる書類(マイナンバーカード(顔写真面)、運転免許証等)の写し										
注意事項		①給付金振込先口座は、申請者以外の口座の指定はできません。 ②振込手数料は負担していただきます。手数料は指定する金融機関によって違います。 (JAの場合60円、県外JAおよびJA以外実費)										

2. 配偶者の死亡

会員コード				会員氏名							
死亡者氏名(配偶者氏名)								死亡年月日			
								R 年 月 日			
添付書類		死亡診断書の写しまたは除籍謄本の写し									

※ 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。

事務局長	検証	起案

(令和7年5月)

退職互助医療保険解約申込書(退職互助様式7号)



JA 福島共助会

退職互助医療保険解約申込書

一般財団法人 福島県農協役員共助会 御中

下記解約理由により、次の保険契約について解約しますので、保険契約証(会員証)を添えて申し込みます。また、解約により返戻金等がある場合は、この申込書により返戻金等の請求をいたします。なお、解約により私と貴会の間でこの契約にかかる一切の権利義務関係が消滅することを確認いたします。

〔 退職互助様式7号
退職互助医療保険会員用 〕

受付日

令和 年 月 日 申込

契約者会員様記入欄												
会員コード						契約者会員氏名						印
住 所												
〒 ー 都 道 府 県												
解約理由												
ア. 保障内容が現在のニーズに合わないため。 イ. 臨時の出費等によりまとまった資金が必要となったため。 ウ. その他()												
添付書類: ①保険契約証または会員証(原本) ②ご契約者様本人であることが確認できるものの写し(マイナンバーカード(顔写真真面)、運転免許証、パスポートなど)												
解約返戻金振込先口座(※口座変更のある場合のみ記入してください。)												
解約返戻金振込先金融機関名(JA名)						振込先金融機関店舗名						
						本店・本所 支店・支所						
金融機関コード				店舗コード				口座番号				
添付書類: 通帳の写し												
注意事項: ご契約者様と同名義の口座をご指定ください。												

共助会記入欄											
給付の有無		1. 有 2. 無		給付金総額				円			
契約日				保険開始年月日				解約年月日			
平成 令和 年 月 日				平成 令和 年 月 日				令和 年 月 日			
解約返戻金計算											
□待機会員 (積立金)※個人負担分 (一時払積立金) (解約返戻金額) 円 + 円 = 円											
□互助会員 (積立金)※団体負担分含む (一時払積立金) (経過月数) 円 + 円 × 0.25/20/12 × (240月 - 月)											
(解約返戻金額) = 円											

※この届出によって取得する個人情報については、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。

事務局長	検証	起案

用 紙 送 付 状

(退職会員用)

退職会員の皆様が、退職互助医療保険給付金請求書を提出の際には、この「用紙送付状」を1枚添付してご提出ください。

<記入方法等>

- 当会へ提出する請求書等の件数をご記入ください。
- 送付日、送付者氏名、会員コードを必ずご記入ください。
- この送付状は、コピーをしてご使用ください。

送付内容	送付件数	送付内容	送付件数
退職互助医療保険給付金請求書	件	医療給付金請求書及び 領収書返却等作業依頼書	件
退職互助登録事項変更届	件	香典給付申請書	件
公費負担・助成制度該当 申出書	件		

一般財団法人福島県農協役職員共助会 御中
上記のとおり送付いたします。

送付日 令和 年 月 日

会員コード ー 送付者氏名

<通信欄> _____

<用紙希望欄>

必要な用紙(番号)に○をつけてください。送付いたします。

1	退職互助医療保険給付金請求書	5	退職互助登録事項変更届
2	香典給付申請書	6	公費負担・助成制度該当申出書
3	医療給付金請求書及び領収書返却等 作業依頼書	7	その他 ()
4	締め切り一覧表		

※ご自宅に届くまで、通常1～3日ほどかかります。

医療給付金請求書及び領収書返却等作業依頼書(退職会員用)

(退職互助用)

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

受付日

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 (※給付前に請求を取上げる場合)
-------------------------------------	-------------------------------------	---

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。