

(共助会用)

受付日

# 共助会総合保険 医療給付金請求書及び領収書返却等作業依頼書

令和 年 月 日 届 出

一般財団法人 福島県農協役職員共助会 御中

私は、内容を確認のうえ下記のとおり依頼いたします。

会員コード \_\_\_\_\_ 会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

1. 依頼する内容に ☒ チェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 領収書の 原本	<input type="checkbox"/> 領収書の 写し	<input type="checkbox"/> 医療給付金請求書及び領収書の原本 (※給付前に請求を取下げの場合)
-------------------------------------	-------------------------------------	---

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

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

【返却依頼方法】～詳しい返却依頼方法は裏面をご覧ください～

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

(注 1) 照合の際に請求方法の確認は行いませんので、不備がある請求書につきましては後日返送となります。

(注 2) 既に請求されている医療費の返却依頼を希望される場合は、当月給付処理完了後（月末～翌月初旬頃）の返却になります。

団体名

処理日

印

# 領収書の返却依頼方法について

領収書の返却を希望される際は、下記の方法でご依頼ください。



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



②領収書のコピーをとってください。

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



③医療給付金請求書の裏面に領収書のコピーをのり付けしてください。

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

※領収書の原本は、請求書に貼付せずそのまま提出してください。

⑤当会へ到着後、領収書の原本は、コピーと照合後、速やかに返却いたします。

※照合の際に請求方法の確認は行いませんので、不備がある請求書につきましては、後日返送となりますことをあらかじめご了承ください。



不明な点等ありましたら、下記へお問い合わせください。



一般財団法人 福島県農協役職員共助会（JA福島共助会）

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