

(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		

【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ますようお願いいたします。



不明な点等ありましたら、下記へお問い合わせください。



一般財団法人 福島県農協役職員共助会（JA福島共助会）

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