

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

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 ー 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 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も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。

処理日