（様式2号）-①

共助会総合保険医療給付金請求書

受付日（ナンバリング）

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。

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。）　　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　　）

患者の続柄（本人、長男など）	患者名	年齢（受診時）	患者の生年月日	マイナ保険証の利用
		歳	昭和・平成・令和　年　月　日	□利用した □利用していない

※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

診療日数　　日

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？（✓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✓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下さい。
（　　月　　日～　　月　　日）
（　　月　　日～　　月　　日）

病名・症状または疾病部位

病院または薬局の電話番号（添付する領収書の電話番号）

―　　―

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✓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。

→ 居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)「指定難病医療費受給者証」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歳未満の方のみご報告ください。）

□いいえ　□はい → この医療費の他に同月で世帯合算医療費（21,000円以上の医療費または70～74歳の医療費）はありますか？
□あります（決定通知書の原本を添付してください。）　□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8年11月）

領収書は、裏面に添付してください。（下の文字が裏側から読める向きで添付してください。）

領収書添付欄（領収書は、ここにのり付けしてください。）

↑ ↑