

～会員とご家族の皆様へのお願い～

この保険の給付内容について、会員ご本人の入院時（死亡時）など、ご本人に代わって手続き等をしていただく場合があります。

ご家族のみなさまにも、給付内容（請求方法等）をご理解いただきますようお願いいたします。

※請求書への記入、問い合わせの際に使用します、ご記入いただき保管してください。

| 会 員 番 号 | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |

| 続 柄 | |
|-----|---|
| 0 | 0 |

続柄は会員本人が00

配偶者は01となります

一般社団法人 岩手県農林漁業団体役職員連盟

【県内の農林漁業団体(JA・JF・森林組合・農業共済・土地改良区等)役職員の福利厚生団体です】

住 所 〒020 - 0024 盛岡市菜園1丁目4番10号（第二産業会館5階）

T E L 019 - 626 - 8431（問い合わせ先 給付課）

F A X 019 - 625 - 0680 メールアドレス info@shokuren.or.jp

ホームページアドレス <http://shokuren.or.jp>

会員ページユーザー名 shokuren パスワード 1405

退職役職員互助制度とは

「現職会員」期間中に 20 年の保険料積立期間を満了することにより、定年退職後（満 60 歳以上）に「退職会員」となり「退職会員医療保険」に加入し本人と配偶者が終身で医療費給付を受けられる制度です。

退職会員のしおり 目次

- 1 役職連の医療費給付とは 1
- 2 医療費給付金の請求手続方法 1~3
- 3 高額療養費制度について 4~7
- 4 異動等がある場合は… 8
- 5 香典等の給付について 8
- 6 様式集 8~12
- 7 請求書のホームページからのダウンロード方法 .. 13
- 8 役職連からのお願い！（会員と会員のご家族の方へ） 13

1 役職連の医療費給付とは

退職会員とその配偶者が、病気やけが等で医療費がかかったとき、請求により給付が受けられる制度です。

【医療費の給付内容】

健康保険適用の医療費（介護保険は適用外）で自己負担額を受診者ごと・受診月ごと・病院ごと（医科・歯科別）に分け、**5,000円**を超えた額から健康保険の**高額療養費の限度額まで**給付いたします。

○注意事項○

- ・病院や薬局に支払った日ではなく、診療日（入院期間）で1か月ごとです
- ・処方箋による薬代は、処方箋を発行した病院の医療費と合算し5,000円を超えた額を給付いたします
- ・高額療養費・公的助成金・他からの医療費助成等がある場合は、その額を除いて給付いたします
- ・入院したときの食事療養費や室料差額、予防接種・文書料等の保険適用外の療養費は給付の対象となりません

【その他の給付】

連盟所定「診療報酬領収証明書」に証明を受け、手数料を支払った場合、300円を限度として給付いたします。（主に領収書紛失時に使用します）

受診者ごと・受診月ごと・
病院ごと（医科・歯科別）
※処方箋による薬代を合算

— 会員一部負担額
5,000円
※高額療養費・公的助成金・
他からの助成額等を控除

= 役職連からの
給付金

2 医療費給付金の請求方法

用意するもの **医療費給付金請求書** + **病院および薬局の領収書** + **その他添付書類（各種受給者証等）**

※↑診療報酬明細書は必要ありません。

請求書の作成

- ・「医療費給付金請求書」の【会員記入欄】に必要事項を記入してください。
記入方法は次ページの【記入例】を参照してください。

領収書の添付

- ・添付できる領収書は、①受診者名 ②受診年月 ③保険適用金額が明示されている領収書に限ります。領収書はコピーで結構です。（ホチキスで添付してください）
- ・レシート形式等の領収書で上記①～③の要件を満たしていない場合は、別様式【診療（調剤）報酬領収証明書】に、医療機関から証明を受けて請求してください。

医療費給付金請求書 記入例

| | | | |
|--|--------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 平成 13 年 4 月診療分 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 | | 医療費給付金請求書 | 受付番号 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> |
| 【会員記入欄】下記の注意点等をお読みのうえ、太枠内を必ず記入してください。 | | | |
| ② 会員番号 6 4 0 5 0 0 0 1 | 続柄コード 3 0 1 | | |
| ④ 会員氏名 職連 太郎 <small>(大・昭・平 19 年 1 月 10 日生) 77 歳</small> | | 受診者氏名 ※会員本人の場合記入不要 職連 花子 <small>(大・昭・平・令 19 年 5 月 13 日生) 76 歳</small> | |
| 住所 〒 020 - 0024 盛岡市菜園一丁目4番10号 | | 電話番号 (019) 626 - 8431 | |
| ③受診者の健康保険証について | | | |
| ⑤ 発行機関 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 } 組合名記入欄↓ <input type="checkbox"/> 共済組合 } [] | | ⑥ 高額療養費にかかる上限額適用区分について 69歳以下の方 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ 70歳以上の方 <input type="checkbox"/> 現役並みⅢ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 一般 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税Ⅱ <input type="checkbox"/> 非課税Ⅰ <small>←※付加給付を受けた場合は決定通知書等を必ず添付してください</small> | |
| ④受診者の県・市町村・その他医療費助成について | | | |
| 助成を受けて 7 [月額 5,000 円] ※必ず受給者証のコピーまたは助成金額がわかるものを添付してください いますか? <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 小・中学生助成 <input type="checkbox"/> 重度障害 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 寡婦(寡夫) <input checked="" type="checkbox"/> はい(右記入) <input checked="" type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> いいえ 8 <input type="checkbox"/> 所得制限超過のため医療費助成を受けていません | | | |
| ⑤受診者の付加給付(役職連以外の医療費給付がある)団体への加入状況について | | | |
| 加入していますか 9 <input checked="" type="checkbox"/> 岩手県市町村職員健康福利機構 <input checked="" type="checkbox"/> はい(右記入) <input type="checkbox"/> 岩手県退職教職員互助会 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 [] | | 役職連記入欄 <input type="checkbox"/> 高額 回目 () <input type="checkbox"/> 追加給付 H・R 年 月 給付済 <input type="checkbox"/> 調整 | |
| 領収証は、点線より下へホチキスで添付してください。 | | | |

- ①受診した年月を記入してください。
領収証は診療月・病院ごとでまとめてください。(お支払いした月ではありません。)
- ②会員番号を記入してください。
- ③続柄コードを記入してください。会員本人の場合は【00】、会員の配偶者の場合は【01】と記入してください。
- ④会員氏名(生年月日)と受診者氏名(生年月日)を記入してください。受診者が会員本人の場合は、受診者氏名の記入は不要です。年齢は受診した月の満年齢を記入してください。
- ⑤受診者の保険証の発行機関に☑してください。健康保険組合・共済組合に加入している方は必ず【 組合名 】を記入し、付加給付を受けた場合は決定通知書を添付してください。
- ⑥高額療養費にかかる上限額適用区分を記入してください。(P4 参照)
- ⑦医療費助成を受けている方は「はい」に☑し、月額の自己負担額を記入してください。また、受給者証が更新される都度コピーを添付してください。
- ⑧いいえに☑の場合でも、所得制限超過で医療費助成を受けていない方は、⑧にも☑してください。
- ⑨役職連以外の団体に加入している場合は、はいに☑し、該当団体に☑してください。その他の場合は団体名を記入してください。

その他詳細については、医療費給付金請求書をご覧ください。

● 領収書の未収金について

領収証に「前回未収金」がある場合は、未収金の内訳（受診した日付・保険点数等）を医療機関・調剤薬局から記入・押印して頂き提出してください。

| 請求書 兼 領収証 | | | | | | |
|------------|-------|---------|-----------------|-----------------|---------|----------|
| 氏名 ○○ ○○ 様 | | | 令和 元 年 8 月 26 日 | | | |
| 初診料 | 再診・往診 | 投薬料 | 注射料 | 処置料 | 手術料 | 検査料 |
| 256 点 | | | | | | 799 点 |
| 保険点数合計 | 負担率 | 負担金 | 保険外金額 | 前回未収金 | 請求金額 | 領収金額 |
| 1,055 点 | 3 割 | 3,170 円 | | 750 円 | 3,920 円 | 3,920 円 |
| | | | | 8 月 17 日分 250 点 | 印 | ○○内科医院 印 |

このように医療機関・調剤薬局から証明をお願いします。

● コルセットなどの治療用装具の請求について

コルセット代などは、全額を自費で支払うこととなりますが、治療上必要であると認められれば、保険証発行機関に「療養費支給申請書」を提出することにより、療養費として支給されます。

連盟からの給付は、治療用装具代から保険証発行機関からの支給額を差し引いて、5,000 円を控除した額を給付いたします。

連盟への請求は、保険証発行機関からの支給決定通知書と治療用装具の領収証を添付して請求してください。

● 県・市町村医療費助成等について

医療費助成受給者の方は、一定額が自己負担額となり、その額を超えた場合は市町村より助成になります。したがって、役職連からの給付は、自己負担額が 5,000 円を超えた額の給付となります。

医療費助成受給者の方が、役職連へ医療費給付を請求する場合は、医療費給付請求書の「④受信者の県・市町村・その他医療費助成について」欄の該当する項目に☑をしてください。また、認定後請求する際は、受給者証の写しを添付してください。（その後は更新の都度提出ください）

【該当例】

- ・ 重度身障者・指定難病・特定疾病・自立支援・肝炎治療助成 …等
- 重度身障者に該当の場合は、自己負担額が 5,000 円以下になるため、給付を受けることが出来ない場合があります。

3 高額療養費制度について

1. 高額療養費制度とは

ひと月（同じ月の1日から末日まで）の間に支払う医療費が上限額を超えたとき、その超えた金額が健康保険証の発行機関から「高額療養費」として支給される健康保険の制度です。

支給を受けるには、健康保険証の発行機関への申請が必要です。

※入院時の食費負担や差額ベッド代等は含みません。

2. 適用区分について

適用区分は、年齢や所得によって異なります。また、適用区分は毎年8月（健保は9月）に見直しがあります。前年の所得（健保は標準報酬）によって区分を判定し「上限額」が決定します。

■ 69歳以下の方の上限額

| 適用区分 | | ひと月の上限額（世帯ごと） |
|------|--|--|
| ア | （国保）旧ただし書き所得 901 万円以上 （健保※1）標準報酬月額 83 万円以上 | 252,600 円 + （総医療費 - 842,000 円） × 1 % 〔多数回該当 140,100 円 ※2〕 |
| イ | （国保）旧ただし書き所得 600 万円以上 （健保）標準報酬月額 53 ~ 79 万円 | 167,400 円 + （総医療費 - 558,000 円） × 1 % 〔多数回該当 93,000 円〕 |
| ウ | （国保）旧ただし書き所得 210 万円以上 （健保）標準報酬月額 28 ~ 50 万円 | 80,100 円 + （総医療費 - 267,000 円） × 1 % 〔多数回該当 44,400 円〕 |
| エ | （国保）旧ただし書き所得 210 万円未満 （健保）標準報酬月額 26 万円以下 | 57,600 円 〔多数回該当 44,400 円〕 |
| オ | 住民税非課税者 | 35,400 円 〔多数回該当 24,600 円〕 |

旧ただし書き所得：前年の収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除及び住民税の基礎控除等を差し引いた金額。

■ 70歳以上の方の上限額

| 適用区分 | | ひと月の上限額 | |
|-------|--|---|------------------------------|
| | | 外来（個人ごと） | （外来 + 入院） （世帯ごと） |
| 現役並みⅢ | （国保・後期）課税所得 690 万円以上 （健保）標準報酬月額 83 万円以上 | 252,600 円 + （総医療費 - 842,000 円） × 1 % 〔多数回該当 140,100 円〕 | |
| 現役並みⅡ | （国保・後期）課税所得 380 万円以上 （健保）標準報酬月額 53 万円以上 | 167,400 円 + （総医療費 - 558,000 円） × 1 % 〔多数回該当 93,000 円〕 | |
| 現役並みⅠ | （国保・後期）課税所得 145 万円以上 （健保）標準報酬月額 28 万円以上 | 80,100 円 + （総医療費 - 267,000 円） × 1 % 〔多数回該当 44,400 円〕 | |
| 一般 | （国保・後期）課税所得 145 万円未満 （健保）標準報酬月額 26 万円以下 | 18,000 円 ※3 年間上限 144,000 円 | 57,600 円 〔多数回該当 44,400 円〕 |
| 非課税Ⅱ | 住民税非課税世帯 | 24,600 円 | |
| 非課税Ⅰ | 住民税非課税世帯 （年金収入 80 万円以下など） | 8,000 円 15,000 円 | |

課税所得：所得から、基礎控除や配偶者控除などの各種所得控除の合計を引いた金額

※1 健保 → 全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合

※2 多数回該当とは過去 12 ヶ月以内に 3 回以上上限額に達したときに、4 回目から上限額が軽減される仕組みです。

※3 70 歳以上の適用区分「一般」の方には、外来だけの年間上限額が設けられています。役職連の給付は年間上限 144,000 円までの給付となり、年間上限に達した方には、こちらからご連絡いたします。

年間上限の超過分は、後日、保険証の発行機関より通知後返還されます。

ケース3 70歳未満の方の場合（ご本人・配偶者） 適用区分『ウ』の場合

| | | |
|---|--|---|
| ご本人：61歳 A病院（入院） 自己負担（3割）60,000円 （総医療費 200,000円） | ご本人：61歳 B病院（外来） 自己負担（3割）15,000円 （総医療費 50,000円） | 配偶者：60歳 B病院（外来） 自己負担（3割）36,000円 （総医療費 120,000円） |
|---|--|---|

自己負担額 21,000円未満のため合算対象外

①21,000円以上の自己負担額を合算

60,000円 + 36,000円 = 96,000円

②上限額（21,000円以上の自己負担額に関する総医療費を合算して計算）

80,100円 + (200,000円 + 120,000円 - 267,000円) × 1% = 80,630円

③96,000円 — 80,630円 = 15,370円
 自己負担額 上限額 高額療養費として保険者より支給

④80,630円 + 15,000円 — 5,000円 × 3件 = 80,630円
 上限額 合算対象外 会員一部負担額 役職連給付額

入院等で医療費が高額になる場合は「限度額適用認定証」を！

入院などで、これから高額な医療費がかかることが分かっている場合には、「限度額適用認定証」を取得することをお勧めします。

70歳以上の非課税Ⅰ・Ⅱの場合「標準負担額減額認定証」の提示により、入院時食事料療養費が減額されます。

全国健康保険協会（または保険証発行機関・国保は市町村）に「健康保険限度額適用認定申請書」を提出し、「健康保険限度額適用認定証」の交付を受け、医療機関の窓口と同認定書と被保険者証を提出することによって、窓口での支払いを上限額までにとどめることができます。

※役職連の医療費給付が正確に行えるよう、高額な医療費が見込まれる場合は、「健康保険限度額適用認定証」の交付を受け利用されることを推奨しています。（医療費請求の際は認定証のコピーを添付してください。）

| 健康保険限度額適用認定証 | |
|--------------|-------------|
| 平成 年 月 日交付 | |
| 記号 | 番号 |
| 被保者氏名 | 男 |
| 氏名 | 男 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 住所 | |
| 発効年月日 | 平成 年 月 日 |
| 有効期限 | 平成 年 月 日 |
| 適用区分 | |
| 所在地 | |
| 保険者番号 | |
| 者及び印 | |

健康保険限度額適用認定書（協会けんぽ）

見本

| 国民健康保険限度額適用認定証 | |
|-------------------|---|
| 交付年月日 年 月 日 | |
| 記号 | 番号 |
| 被保者氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 発効期日 | 年 月 日 |
| 有効期日 | 年 月 日 |
| 適用区分 | |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | 030015 岩手県盛岡市内丸12番2号 電話(019)613-8436 盛岡市 |

国民健康保険限度額適用認定証（国保）

| 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 | |
|-------------------------|------------------------------|
| 有効期限 ※※・・・年・・・月・・・日 | |
| 交付年月日 ※※・・・年・・・月・・・日 | |
| 被保険者番号 | 08765432 |
| 氏名 | 岩手 花子 |
| 生年月日 | ※※・・・年・・・月・・・日 |
| 発効期日 | ※※・・・年・・・月・・・日 |
| 適用区分 | 区分〇 |
| 長期入院該当年月日 | ※※・・・年・・・月 1日 |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | 39×××××××× 岩手県後期高齢者医療広域連合 |

標準負担額減額認定書（後期高齢者）

【70歳以上の高額療養費の計算例】

ケース1 75歳以上の方の場合（ご本人） 適用区分『一般』の場合



① 上限額（ひと月の自己負担額を合算）

$$\left(\begin{array}{c} \text{ご本人} \\ \text{自己負担} \end{array} 10,000 \text{円} + \begin{array}{c} \text{ご本人} \\ \text{自己負担} \end{array} 12,000 \text{円} \right) - 18,000 \text{円} = 4,000 \text{円}$$

外来上限額 高額療養費として保険者より支給

$$\textcircled{2} \quad \begin{array}{c} 18,000 \text{円} \\ \text{上限額} \end{array} - \begin{array}{c} 5,000 \text{円} \times 2 \text{件} \\ \text{会員一部負担額} \end{array} = \begin{array}{c} 8,000 \text{円} \\ \text{役職連給付額} \end{array}$$

※世帯合算

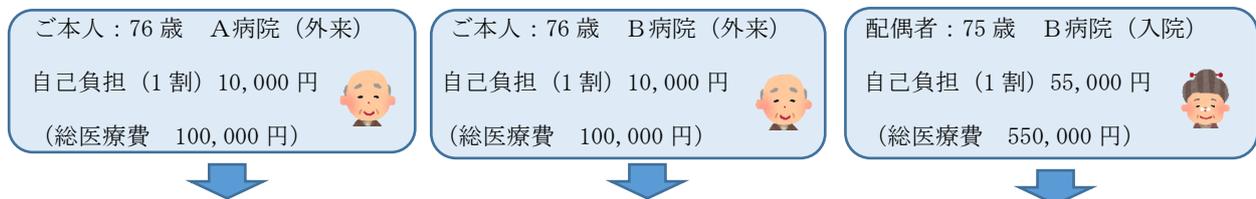
【70歳から74歳までの方】

外来は個人単位での計算になります。入院を含む場合は、世帯内の70歳から74歳までの方の自己負担全てを合算した後、世帯内の「70～74歳」と「70歳未満」とで自己負担を合算し、70歳未満の上限額を超えた分が保険者から支給されます。

【75歳以上の方】

外来は個人単位での計算になります。入院を含む場合は、世帯内の75歳以上の方の自己負担のみ合算できます。75歳未満の方との合算はできません。

ケース2 75歳以上の方の場合（ご本人・配偶者） 適用区分『一般』の場合



① 個人ごとに外来の自己負担について計算

$$\left(\begin{array}{c} \text{ご本人} \\ \text{自己負担} \end{array} 10,000 \text{円} + \begin{array}{c} \text{ご本人} \\ \text{自己負担} \end{array} 10,000 \text{円} \right) - 18,000 \text{円} = 2,000 \text{円}$$

外来上限額 高額療養費として保険者より支給

② 外来の自己負担額と入院を合わせた世帯合算

$$\left(\begin{array}{c} \text{ご本人} \\ \text{自己負担} \end{array} 18,000 \text{円} + \begin{array}{c} \text{配偶者} \\ \text{自己負担} \end{array} 55,000 \text{円} \right) - 57,600 \text{円} = 15,400 \text{円}$$

世帯上限額 高額療養費として保険者より支給

$$\textcircled{3} \quad \begin{array}{c} 57,600 \text{円} \\ \text{世帯上限額} \end{array} - \begin{array}{c} 5,000 \text{円} \times 3 \text{件} \\ \text{会員一部負担額} \end{array} = \begin{array}{c} 42,600 \text{円} \\ \text{役職連給付額} \end{array}$$

適用区分について、健康保険証発行機関での見直しが毎年8月にあります。前年の所得によって所得区分を判定し、「上限額（月額）」が決定されます。前年度（8月から7月まで）の上限額と変わる場合がありますので、毎年8月に再度ご確認をお願いします。

3 異動等がある場合は…

住所、保険証、給付金受取口座等に変更がある場合は、速やかに「報告書」により届出してください。（様式 11 ページ）

※給付金受取口座は退職会員ご本人の口座のみです。

4 香典等の給付について

●退職会員またはその配偶者が死亡したとき、香典として 10,000 円を給付します。

提出書類 香典給付申請書 (様式 11 ページ)

添付書類 死亡の事実を証明するもの (死亡届・死亡診断書・戸籍謄本等のコピー)

請求期限 死亡した翌月から 3 年

なお、退職会員本人が同資格取得後、3 年以内に死亡したときは、香典と合わせて埋葬料補助として次のとおり給付します。

| 退職会員資格取得後の期間 | 給付額 |
|-----------------|----------|
| 1 年以内の死亡 | 50,000 円 |
| 1 年を超え 2 年以内の死亡 | 30,000 円 |
| 2 年を超え 3 年以内の死亡 | 20,000 円 |

●退職会員が死亡した場合、配偶者の方は「遺族配偶者会員」となり引き続き医療費の給付を受けられます。（上記手続き後に新しい会員番号を通知いたします。）

5 様式集

- ◎「報告書」 ……コピーしてご利用ください P9
- ◎「医療費給付金請求書」 ……ご連絡により用紙を送付いたします P10
- ◎「診療（調剤）報酬領収証明書」 ……ご連絡により用紙を送付いたします
- ◎「埋葬料補助・香典 給付申請書」 ……コピーしてご利用ください P11

※全様式ホームページよりダウンロードができます。

ホームページアドレス <http://shokuren.or.jp>

会員ページユーザー名 shokuren パスワード 1405

報 告 書 (退職会員用)

令和 年 月 日

一般社団法人
岩手県農林漁業団体役職員連盟 行

| | | | | | | |
|---------------|--------|--|-----|-------|---|---|
| フリガナ | | | | | | |
| 会員名 (生年月日) | | | | | | 印 |
| | (大正・昭和 | | . . | |) | |
| 会員番号 | 団体コード | | | 会員コード | | |
| | | | | | | |

下記のとおりご報告いたします。

記

| | |
|-----------------|--------------|
| 配偶者の有無 | 有 ・ 無 |
| フリガナ | |
| 配偶者氏名 (生年月日) | (大正・昭和 . .) |

※岩手県市町村職員健康福利機構の会員の方は、会員証のコピーを添付してください。

| | | | | | | |
|---|-------|-----------|--|--|---|-----|
| 住 所 | フリガナ | | | | | |
| | 〒 | — | | | | |
| 電 話 番 号 | (| | | |) | — |
| ※ご自分と配偶者が使用している保険証のコピーを用紙裏に添付ください。 | | | | | | |
| 給付金の 送金先 | 金融機関名 | 岩手県信連 | | | | 本 所 |
| | | 農 協 | | | | 本 店 |
| | | 岩手県信漁連 | | | | 支 所 |
| | | 銀 行 | | | | 支 店 |
| 預金種目 (○印) | 1. 普通 | 名義人(フリガナ) | | | | |
| | 2. 当座 | 口座番号 | | | | |

- ※ ① 退職会員の医療費給付対象者は、**会員本人とその配偶者**です。
 ② 上記報告書の提出後において記載報告事項に**変更があった場合は、その都度**
 この報告書を提出してください。
 ご不明の点がありましたら、本連盟までご連絡ください。

所 在 地 〒020-0024 盛岡市菜園1丁目4番10号
 電 話 番 号 019-626-8431 F A X 019-625-0680

見 本

① 平成
 令和

年 月 診療分

医療費給付金請求書

受付番号

【会員記入欄】下記の注意点等をお読みのうえ、太枠内を必ず記入してください。

| | | | |
|------------------|--|--------------------|--------------|
| ② 会員番号 | | 続柄コード | |
| 会員氏名 | | 受診者氏名 | ※会員本人の場合記入不要 |
| (大・昭・平 年 月 日生) 歳 | | (大・昭・平・令 年 月 日生) 歳 | |
| 住所 〒 — — | | 電話番号 () — | |

③受診者の健康保険証について

| | | | |
|---|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 発行機関 | 高額療養費にかかる上限額適用区分について | | |
| <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) | 69歳以下の方 | <input type="checkbox"/> ア | <input type="checkbox"/> イ |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険 | | <input type="checkbox"/> ウ | <input type="checkbox"/> エ |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 | 70歳以上の方 | <input type="checkbox"/> 現役並みⅢ | <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ |
| <input type="checkbox"/> 健康保険組合 } 組合名記入欄↓ | | <input type="checkbox"/> 一般 | <input type="checkbox"/> 非課税Ⅱ |
| <input type="checkbox"/> 共済組合 } [] | | <input type="checkbox"/> 非課税Ⅰ | <input type="checkbox"/> 非課税Ⅰ |
|]←※付加給付を受けた場合は決定通知書等を必ず添付してください | | | |

④受診者の県・市町村・その他医療費助成について

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 助成を受けていますか？ | [月額 円] | ※必ず受給者証のコピーまたは助成金額がわかるものを添付してください | | | | |
| <input type="checkbox"/> はい(右記入) | <input type="checkbox"/> 乳幼児 | <input type="checkbox"/> 妊産婦 | <input type="checkbox"/> 小・中学生助成 | <input type="checkbox"/> 重度障害 | <input type="checkbox"/> ひとり親 | <input type="checkbox"/> 寡婦(寡夫) |
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 指定難病 | <input type="checkbox"/> 自立支援 | <input type="checkbox"/> 肝炎 | <input type="checkbox"/> 人工透析 | <input type="checkbox"/> その他() | |
| <input type="checkbox"/> 所得制限超過のため医療費助成を受けていません | | | | | | |

⑤受診者の付加給付(役職連以外の医療費給付がある)団体への加入状況について

| | |
|----------------------------------|--|
| 加入していますか？ | 役職連記入欄 |
| <input type="checkbox"/> はい(右記入) | <input type="checkbox"/> 高額 回目 () |
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> 追加給付 H・R 年 月給付済 |
| <input type="checkbox"/> その他 [] | <input type="checkbox"/> 調整 |

領収証は、点線より下へホチキスで添付してください。

記入の際の注意点等

ホチキスの添付位置

- ① 受診した年月を記入し、領収証は診療月・病院ごとでまとめてください。(お支払いした月ではありません)
- ② 会員番号等、太枠内を必ず記入してください。年齢は診療月末の満年齢を記入してください。
- ③ 受診者の健康保険名・高額療養費適用区分をチェック☑してください。
 - ・健康保険組合・共済組合に加入している方は、必ず[組合名]を記入してください。
 - ・当連盟の給付上限は「※高額療養費」に該当した場合、その上限額までの給付となりますので診療月の適用区分を必ずチェック☑してください。

高額療養費に該当している可能性があり、チェック欄が未記入の場合は、確認のため請求書をお戻しすることがあります。
- ※ 高額療養費とは、ひと月(同じ月の1日から末日まで)の間に支払う医療費が上限額を超えたとき、その超えた金額が健康保険証の発行機関から支給される健康保険の制度です。適用区分は、ご使用の保険証・標準報酬月額・所得によって異なります。

上限額適用区分が不明の場合は、下記を参照し確認してください。

| 健康保険種別 | 問い合わせ先 | 上限額適用区分の決定方法 |
|----------------------|-------------------|----------------------|
| 国民健康保険・後期高齢者医療広域連合 | お住まいの市町村窓口(国保課など) | 前年度の所得・世帯の住民税課税状況 |
| 全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合 | 被保険者の勤務先担当者 | 被保険者の標準報酬月額・住民税の課税状況 |
- ④ 医療費助成を受けている方は「はい」にチェック☑し、右記の該当箇所にチェック☑してください。受給者証は更新される都度コピーを添付してください。
 - ・受給資格がある場合は、未申請の場合でも医療費助成金額を控除して給付いたします。
- ⑤ 加入している場合は、「はい」にチェック☑し、該当団体にチェック☑してください。その他の場合は団体名を記入してください。
 - ・その他に、医療費一部負担額に対する給付を受けている場合、[□その他]にチェック☑し、受給している制度名を記入してください。

請求書に関するお問い合わせ・送付先

| | | | |
|------------------|---------------|------------------|-----|
| 〒020-0024 | 盛岡市菜園一丁目4番10号 | 岩手県農林漁業団体役員連盟 | 給付課 |
| TEL 019-626-8431 | | FAX 019-625-0680 | |

04-020

(退職役職員互助制度用)

弔慰金・埋葬料補助・香典 給付申請書

申請日 年 月 日

一般社団法人

岩手県農林漁業団体役職員連盟 行

下記の事由が発生したので退職役職員互助規程に基づき請求いたします。

1. 会員本人の死亡

| | | | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|-----------------|--|----------------|--|--|-----------|-----------------|--|--|--|
| 会員番号 | | | | 会員氏名 | | | | 死亡年月日 | | | |
| | | | | | | | | 年 月 日 | | | |
| 申請者氏名 | | | | | | | | 会員との続柄 | | | |
| | | | | | | | | 印 | | | |
| 申請者住所 | | | | | | | | 申請者電話番号(日中の連絡先) | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | |
| 給付金振込先 | 金融機関名 | | | 店舗名 | | | 口座名義人(カナ) | | | | |
| | 農協 県信連 信漁連 銀行 | | | 本店 支店 支所 | | | 口座番号 | | | | |
| 添付書類 | | 死亡診断書または除籍謄本の写し | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------|---------------------|---------|
| 弔 慰 金 | 任意継続会員(退職会員待機者)の死亡 | ¥50,000 |
| 埋 葬 料 補 助 | 退職会員資格取得後の期間1年以内 | ¥50,000 |
| | 退職会員資格取得後の期間1年超2年以内 | ¥30,000 |
| | 退職会員資格取得後の期間2年超3年以内 | ¥20,000 |
| 香 典 | 退職会員本人の死亡 | ¥10,000 |
| | 遺族配偶者会員の死亡 | ¥10,000 |

2. 退職会員の配偶者の死亡

| | | | | | | | | | |
|--------------|--|-----------------|--|-------|--|--|--|---------|--|
| 会員番号 | | | | 会員氏名 | | | | | |
| | | | | 印 | | | | | |
| 死亡者氏名(配偶者氏名) | | | | 死亡年月日 | | | | 給付申請額 | |
| | | | | 年 月 日 | | | | ¥10,000 | |
| 添付書類 | | 死亡診断書または除籍謄本の写し | | | | | | | |

※連盟記載欄

| | | | | | |
|-------|------|------------------------|---|-----|-----|
| 給付年月日 | 給付金額 | 会員の移行先 | 係 | 検 印 | 決 定 |
| | | 1. 遺族配偶者会員へ 2. 制度喪失 | | | |

【記入例】

(退職役職員互助制度用)

弔慰金・埋葬料補助・香典 給付申請書

申請日 令和2年8月10日

一般社団法人
岩手県農林漁業団体役職員連盟 行

下記の事由が発生したので退職役職員互助規程に基づき請求いたします。

1. 会員本人の死亡

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------|---|--------|----------------|---|---|-----------------|-----------|---|---|----------|---|---|--|
| 会員番号 | | | | ① 会員氏名 | | | | ② 死亡年月日 | | | | | | | |
| 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 岩手 太郎 | | | | 令和2年7月2日 | | | |
| 申請者氏名 | | | | | | | | 会員との続柄 | | | | | | | |
| ③ 岩手 花子 | | | | | | | | 妻 | | | | | | | |
| 申請者住所 | | | | | | | | 申請者電話番号(日中の連絡先) | | | | | | | |
| 〒020-0024 岩手県盛岡市菜園一丁目4-10 | | | | | | | | 090-6266-8431 | | | | | | | |
| 給付金振込先 | ④ 金融機関名 | | | | 店舗名 | | | | 口座名義人(カナ) | | | | | | |
| | 岩手 農協 県信連 信漁連 銀行 | | | | 盛岡 本店 本所 支店 支所 | | | | イワテ ハナコ | | | | | | |
| | | | | | | | | 口座番号 | | | | | | | |
| | | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| ⑥ 添付書類 | | 死亡診断書または除籍謄本の写し | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-------|---------------------|---------|
| 弔慰金 | 任意継続会員(退職会員待機者)の死亡 | ¥50,000 |
| 埋葬料補助 | 退職会員資格取得後の期間1年以内 | ¥50,000 |
| | 退職会員資格取得後の期間1年超2年以内 | ¥30,000 |
| | 退職会員資格取得後の期間2年超3年以内 | ¥20,000 |
| 香典 | 退職会員本人の死亡 | ¥10,000 |
| | 遺族配偶者会員の死亡 | ¥10,000 |

2. 退職会員の配偶者の死亡

| | | | | | | | | |
|--------------|---|-----------------|---|---------|--|--|--|---------|
| 会員番号 | | | | 会員氏名 | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | ① | | | | |
| 死亡者氏名(配偶者氏名) | | | | 死亡年月日 | | | | 給付申請額 |
| ⑤ | | | | ② 年 月 日 | | | | ¥10,000 |
| ⑥ 添付書類 | | 死亡診断書または除籍謄本の写し | | | | | | |

※連盟記載欄

| | | | | | |
|-------|------|------------------------|---|----|----|
| 給付年月日 | 給付金額 | 会員の移行先 | 係 | 検印 | 決定 |
| | | 1. 遺族配偶者会員へ 2. 制度喪失 | | | |

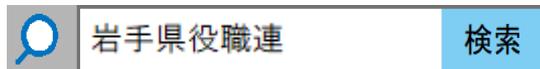
04-050

- ① 亡くなられたかた(会員本人の場合は上段・会員の配偶者の場合は下段)に氏名を記入してください。
- ② 亡くなられた年月日を記入してください。
- ③ 申請者(配偶者・ご遺族)の氏名・会員からみた続柄・住所・電話番号を記入してください。
- ④ 申請者の香典給付金の受け取り口座を記入してください。(口座名義はカタカナ)
- ⑤ 会員の配偶者死亡の場合のみ配偶者氏名を記入してください。
- ⑥ 死亡診断書または除籍の確認できる謄本のコピーを添付下さい。

5 請求書のホームページからのダウンロード方法

(インターネットに接続されたパソコン・プリンタ・Excelが必要です。)

- ① 岩手県役職連で検索してください！



岩手県役職連 検索

- ② 役職連ホームページにアクセスしたら「会員の方へ」をクリックします。

- ③ 「会員ページ」に入るため、ユーザー名とパスワードを入力してログインします。



既存ユーザのログイン

ユーザー名 shokuren ユーザー名 shokuren 半角英字

パスワード **** パスワード 1405 半角数字

ログイン状態を保存する ログイン 入力し会員ページにログイン

- ④「会員ページ」に入り「ダウンロード」>「退職会員 専用様式」へと進みます

- ⑤ダウンロード(退職会員)の項目から「医療費給付金請求書」を選択しダウンロードしてください！

- ・ 請求書は表(P1 記入欄)と裏(P2 注意事項)の2枚構成となっています。
- ・ モノクロで両面印刷が基本となりますが、P1 表(記入欄)のみ印刷し提出可能です。
P2 裏(注意事項)を確認のうえ正確に記入ください。
- ・ 手書きの場合は、そのまま印刷して使用ください。(コピーでの請求も可能です)
- ・ 入力し印刷しても使用できますので、パソコンに保存するなどして次回もご活用ください。
- ・ パソコン等の環境がない方には、従来通り請求書を自宅へ送付しますのでご連絡ください。

6 役職連からのお願い！（会員と会員のご家族の方へ）

こんな時は必ず役職連までご連絡ください。

- ・ 引越し等で転居したとき → 届出がないと住所不明となり、重要なお知らせが届きません
- ・ 電話番号が変わったとき → 携帯電話の番号も登録可能です
- ・ 振込口座が変わったとき → 医療費給付金等の送金ができなくなります
- ・ 会員本人が亡くなったとき → 香典の給付があります。※時効3年香典給付後配偶者へ
遺族配偶者会員※掛金なしの案内を行います
- ・ 会員の配偶者が亡くなったとき → 香典の給付があります※時効3年

連絡先 岩手県役職連 給付課 電話 019-626-8431 FAX 019-625-0680
〒020-0024 岩手県盛岡市菜園1丁目4番10号 第二産業会館5F