

退職互助制度

医療任意継続会員のしおり



～医療任意継続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。

会員番号（満60歳の誕生月の請求まで使用する会員番号です）

※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	
				9			0	0

続柄は、会員本人 0 0

配偶者 0 1

長男 1 1、二男 1 2

長女 2 1、二女 2 2等

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 <http://shokuren.or.jp>

会員ページユーザー名 shokuren パスワード 1405

医療任意継続会員とは（退職日から60歳まで）

60歳以前に退職した方が「保険料（60歳の誕生日までの期間分）」を納付することにより「退職会員への待機期間」に「現職会員」と同様に医療費給付を受けられる制度です。

給付対象：本人・健康保険の被扶養者

退職役職員互助制度とは（60歳の誕生日から終身）

「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」に加入し医療費給付を受けられる制度です。

給付対象：本人・配偶者

「医療任意継続会員」の期間が終了しましたら退職会員の資格通知を自宅に送付いたします。

医療任意継続会員のしおり 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 4~6
- 4 異動等がある場合は... 7
- 5 弔慰金の給付について 7
- 6 様式集 7~11
- 7 請求書のホームページからのダウンロード方法 .. 12
- 8 役職連からのお願い！（会員と会員のご家族の方へ） 12

1 役職連の医療費給付とは

会員本人と(※)その被扶養者が、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。

※会員の方が加入している健康保険の扶養になっている方に限ります。

現職期間中のみなし被扶養者や、75歳以上の後期高齢者制度の被保険者は除きます。

【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、**3,000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3,000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】

入院時食事料を（一食 460円限度）給付いたします

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
3,000円
※高額療養費・公的助成
金・他からの助成額

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

① 平成 **13** 年 4 月診療分 **医療費給付金請求書** 受付番号
 令和

【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	1 4 0 5 9 0 0 1	続柄コード	3 0 1
④ 会員氏名		③ 受診者氏名 ※会員本人の場合記入不要	
職連 太郎		職連 花子	
(大・昭・平 39 年 1 月 10 日生) 57 歳		(大・昭・平・令 39 年 5 月 13 日生) 56 歳	
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	⑥ 高額療養費にかかる上限額適用区分について
<input checked="" 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 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 } []	69歳以下の方 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input checked="" 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 type="checkbox"/> 非課税Ⅱ <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 **7** [月額 **20,000** 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? 乳幼児 妊産婦 小・中学生助成 重度障害 ひとり親 寡婦(寡夫)
 はい(右記入) 指定難病 自立支援 肝炎 人工透析 その他()
 いいえ **8** 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 役職連記入欄

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 []	<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。医療費給付金請求書裏面の続柄コードを参考に記入してください。(80～90 みなし被扶養者は対象外です)

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。

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 いいえにし、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 2 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、保険証の発行機関に「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の発行機関からの支給額を差し引いて、3,000 円を控除した額を給付いたします。

連盟への請求は、保険証の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 3,000 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☑してください。また、認定後初めて請求する際は、受給者証の写しを添付してください。

【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

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	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）	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。

【高額療養費の計算例】

ケース1 70歳未満の方の場合（ご本人のみ） 適用区分『ウ』の場合

ご本人：58歳 A病院（入院）

自己負担（3割）150,000円（総医療費 500,000円）



①上限額

$$80,100 \text{円} + (500,000 \text{円} - 267,000 \text{円}) \times 1\% = 82,430 \text{円}$$

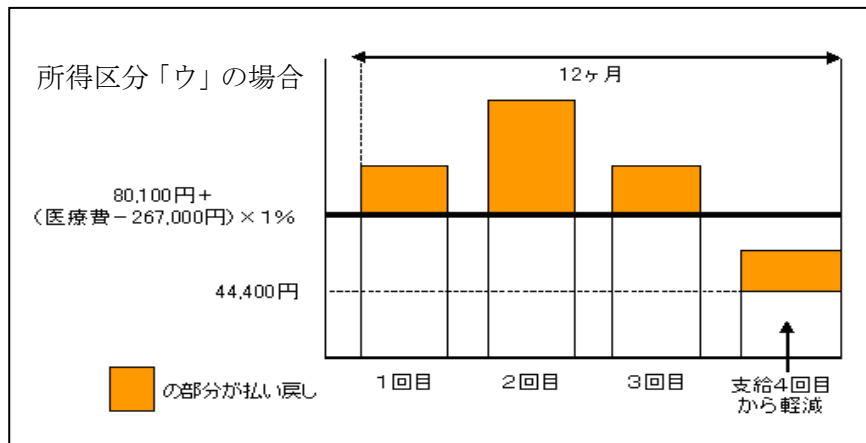
総医療費

上限額

②	150,000円	—	82,430円	=	67,570円	
	自己負担額		上限額		高額療養費として保険者より支給	

③	82,430円	—	3,000円	=	79,430円	
	上限額		会員一部負担額		役職連給付額	

※高額回数の多数該当とは、直近12か月間に高額療養費の支給対象となった月が4回以上あった場合です。4回目から適用される上限額が軽減されます。



ケース2 直近12か月の間に高額療養費回数が4回以上あった場合 適用区分『ウ』

ご本人：58歳 A病院（入院）

自己負担（3割）60,000円（総医療費 200,000円）



①高額療養費計算

60,000円	—	44,400円	=	15,600円	
自己負担額		上限額		高額療養費として保険者より支給	

②役職連給付額

44,400円	—	3,000円	=	41,400円	
上限額		会員一部負担額		役職連給付額	

※ 世帯合算

被保険者および被扶養者の同一世帯で、同一月内に21,000円以上の自己負担額が複数あるときは、これらを合算して上限額を超えた金額が支給されます。

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：58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：58歳 A病院（外来） 自己負担（3割）15,000円 （総医療費 50,000円）	配偶者：57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 — 3,000円 × 3件 = 86,630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。

全国健康保険協会（または保険証発行機関）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	
被保者	記号 番号
性別	男
健康保険限度額適用認定書（協会けんぽ）	
適用対象者	氏名 見本 男女
	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
保険者	所在地
	保険者番号
	名称及び印

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
性別	盛岡市
対象者	氏名
	生年月日 年 月 日
	発効期日 年 月 日
	有効期限 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 若手盛岡市内丸12番2号 電話(019)613-6436 盛岡市

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 8 ページ)

※給付金受取口座は医療任意継続会員ご本人の口座のみです。

4 弔慰金の給付について

●医療任意継続会員が死亡したとき、弔慰金として 50,000 円を給付します。

提出書類 弔慰金給付申請書 (様式 10 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

●医療任意継続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、退職会員医療保険の医療費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 P8
- ◎「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 P9
- ◎「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
- ◎「弔慰金 給付申請書」 ……コピーしてご利用ください P10

※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 <http://shokuren.or.jp>

会員ページユーザー名 shokuren パスワード 1405

報 告 書 (医療任意継続会員用)

令和 年 月 日

一般社団法人
岩手県農林漁業団体役員連盟 行

フリガナ						
会員名 (生年月日)						印
	(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	扶養状況	扶養 している ・ していない
(フリガナ) 配偶者氏名 (生年月日)	(. .) (. .)		

被扶養者名簿

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	異動事由	異動年月日
(フリガナ)	. .	男 女		発生 消滅	. .
(フリガナ)	. .	男 女		発生 消滅	. .
(フリガナ)	. .	男 女		発生 消滅	. .
(フリガナ)	. .	男 女		発生 消滅	. .

※ご自分とその被扶養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

住 所	フリガナ					
	〒 -					
電 話 番 号	()	-				
給付金の送金先	金融機関名	岩手県信連 農 協 岩手県信漁連 銀 行	本所・本店 支所・支店 出張所			
預金種目 (○印)	1. 普通 2. 当座	名義人 (フリガナ)				
		口座番号				

- ※ ① 医療任意継続会員の医療費給付対象者は、**会員本人とその被扶養者**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 FAX 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) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input 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 } []	69歳以下の方 70歳以上の方	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <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 type="checkbox"/> 非課税Ⅱ <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"/> 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	<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？	<input type="checkbox"/> 岩手県市町村職員健康福利機構 <input 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。

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職員連盟 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 本所 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							
1	2	3	4	9	1	2	3	岩手 太朗				令和2年7月2日			
申請者氏名								会員との続柄							
③ 岩手 花子								岩手				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				盛岡				イワテ ハナコ						
								口座番号							
								1	2	3	4	5	6	7	
⑤ 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	5	6	7	8	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			

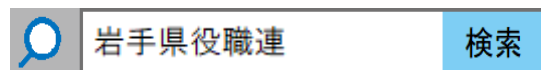
04-050

- ① 亡くなられたかた(会員本人)の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 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