

# 請求忘れはありませんか？

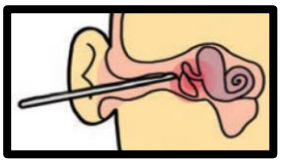
ＪＡの医療共済なら！

## こんな治療をされた方、手術共済金が受け取れます。

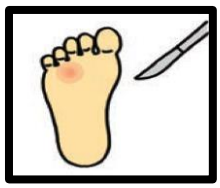
※H22.4.1以降のご契約　※治療方法等によりお支払可否は異なります。　※R3.4.1以降のご契約の場合、手術保障有の場合に限ります。



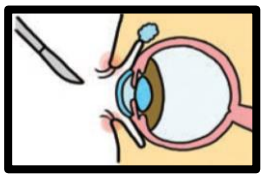
**花粉症の手術**
（鼻焼灼術）



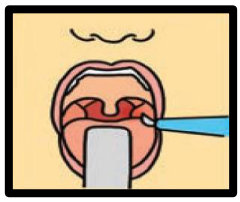
**中耳炎の手術**
（鼓膜切開術）



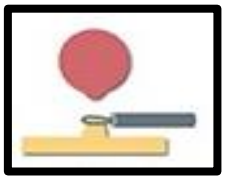
**魚の目・タコの手術**
（切除術）



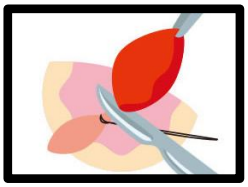
**ものもらいの手術**
（麦粒腫・霰粒腫）



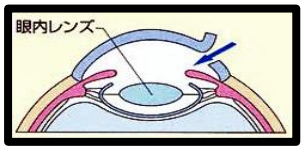
**扁桃腺の手術**
（扁桃炎）



**ポリープ切除術**
（大腸ポリープ等）



**痔の手術**
（痔核根治術）



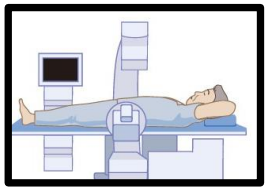

**白内障の手術**（水晶体再建術）



**緑内障の手術**
（レーザー・観血手術）



**網膜剥離手術**
（レーザー・ガラス体手術等）



**結石の治療**
（体外衝撃波結石破砕術）



**腱断裂の手術**
（アキレス腱等）



## 共済金のお支払対象かどうかの確認方法は裏面をご覧ください

この資料は概要を説明したものです。ご検討にあたっては、「重要事項説明書（契約概要）」を必ずご覧ください。また、ご契約の際には、「重要事項説明書（注意喚起情報）」および「ご契約のしおり・約款」を必ずご覧ください。

## 公的医療保険制度と連動しているので、共済金のお支払対象かどうかを

# 「領収書」等でご確認いただけます



**【領収書イメージ】**

領収書

③ 入院 ・ 外来

| 患者番号 | 氏名 | 診療料 | 適用保険 | 患者負担率 | 診療期間 |
|---|---|---|---|---|---|
| ○○○○○ | 健康 良雄 様 | 外科 | 社保本人 | 30% | ××××年10月22日～<br>××××年10月25日 |

| 保険 | 初・再診料 | 入院料等 | 医学管理料等 | 在宅医療料 | 検査料 | 画像診断料 | 入院時食事療養費 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 750点 | 160点 | 点 | 点 | 点 | ① 90点 | 3,200円 |
| | 投薬料 | 注射料 | リハビリテーション料 | 精神科専門療法料 | 処置料 | 手術料 | 一部負担金 |
| | 点 | ② 点 | 点 | 点 | 点 | 12,010点 | 1,300円 |
| | 麻酔料 | 放射線治療料 | 病理診断料 | 包括評価診療料 | 歯冠修復・欠損補綴料 | 歯科矯正料 | 小計 |
| | 1,860点 | 点 | 点 | 12,500点 | 点 | 点 | 27,370点 |

| 保険外負担 | 分娩料 | 特別室使用料 | 文書料 | 保険外併用療養費 | 紹介状なし負担料 | その他 | 小計 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | (内消費税 円) 円 |

| | 保険 | 保険（食事） | 保険外負担 | 患者負担額合計 |
|---|---|---|---|---|
| 総医療費 | 273,700円 | 3,200円 | 円 | |
| 患者負担額 | 82,110円 | 1,300円 | 円 | 83,414円 |

＊患者負担金の10円未満の端数は四捨五入により算定されます。　上記金額を領収しました。 領収印

領収書はイメージであり、各医療機関によって様式は異なります。

## ① 「手術料」に点数の記載がある場合、手術共済金のお支払対象となります

※同一の日に１回を限度とします　※R3.4.1以降のご契約の医療共済は手術保障有の場合が対象となります

なお、一部ですが、除外される手術もあります

| | | | |
|---|---|---|---|
| 創傷処理（創傷の洗浄、切除、縫合等） | 皮膚切開術（膿などの排膿等） | デブリードマン（創傷の洗浄、切除等） | 骨・関節の非観血的整復術、非観血的整復固定術および非観血的関節授動術 |
| 抜歯手術 | 鼻内異物摘出術 | 外耳道異物除去術 | 歯科診療報酬点数表にのみ算定される手術 |

※公的医療保険適用外の手術は除外されます。　※領収書で処置料・麻酔料で算定されるものは対象外です。
※治療を目的とし、公的医療保険制度に基づく医科診療報酬点数表により手術料が算定される手術および輸血料が算定される骨髄移植術を保障します。

## ② 「放射線治療料」に点数の記載がある場合、放射線治療共済金のお支払対象となります

※60日に1回を限度とします　※R3.4.1以降のご契約の医療共済は放射線治療保障有の場合が対象となります

※治療を目的とし、公的医療保険制度に基づく医科診療報酬点数表により放射線治療料が算定されるものを保障します。

## ③ 入院・外来の区分が「入院」となっている場合、入院共済金（または治療共済金）のお支払対象となります

※お支払いにあたっては所定の要件がございますので、詳しくはお近くのＪＡへお問合せください

お問い合わせは　JA　　支店
担当：　　TEL：　　－

JA共済

【25229990035】