

ルネサス健保使用欄

支給決定額	法定	円	決裁	常務理事	事務長	主任	担当			
	付加			円						
同年月日	令和	年	月	日	資格取得日	平成	令和	年	月	日
決済年月日	令和	年	月	日	資格喪失日	平成	令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日	扶養認定日	平成	令和	年	月	日

ルネサス健康保険組合御中 (送付先は、下記参照)

健康保険 被保険者 療養費請求書(立替払い・治療用装具等)

提出日 令和 年 月 日

基本情報

枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号(右詰め)				被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
記号		番号					
事業所名				連絡先			
社名		従業員番号		内線TEL		日中の連絡先 電話番号	

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
傷病名(いずれかに✓)	病気 { 傷病名 } ケガ { }	発病又は負傷日	昭和 平成 令和 年 月 日	第三者行為(加害者)の有無
発病(負傷)の発生原因	負傷の場合、誰のどのような行為によるものかを詳細に記載		治療を受けた期間	平成 令和 年 月 日 ~ 平成 令和 年 月 日
負傷場所と状況(ケガの場合のみ記入)	負傷場所 状況(何をしている時に負傷したか) { } { } 下記に該当する場合は、✓を付けて下さい。ここに✓の場合、日本スポーツ振興センター災害共済給付金の 通勤中や業務中、出張中に負傷したものでしょうか? 手続きをしましたか? 手続き済 手続き中 手続きしない 学校内や登下校中、学校の部活動で負傷したものでしょうか? (手続きしない理由:)			
医療機関 診療し めた	所在地	〒 TEL:		
名称				
入院した場合その期間	平成 令和 年 月 日	治療に要した費用(立替額)	円	
傷病の経過(いずれかに✓)	順調	治癒	治療中	その他()
療養の給付を受けることが出来なかった理由(いずれかに✓)	保険証を持参しなかった為(理由:) 治療用装具(眼鏡)の作成業者が保険医療機関でない為。			
委任状[給付金は、在籍事業所から給与支給となる為、下記へ記入ください]				
本請求に基づく給付金に関する受領を			殿に委任します。	
令和 年 月 日			被保険者の氏名	
退職者(予定者含む)は下記へ記入願います。任意継続被保険者・特例退職被保険者は登録口座へ振込ますので記入不要です。				
退職日: 平成 令和 年 月 日	銀行 支店 普通・当座 口座NO			
被保険者口座名義(カナ)				

立替払いの時は、医療機関の領収書原本と医療機関で発行の診療(調剤)報酬明細書(K-002)を添付下さい。
(注)診療(調剤)報酬明細書(K-002)は医療機関に発行依頼して下さい。(領収書の明細書ではありません)
輸血及び治療用装具の申請の時は、領収書原本と、医師の「意見書」原本を添付下さい。(小児用治療用眼鏡の医師の指示書に限り写し可)
靴型装具の申請の時は、実際に作成した装具のカラー写真(カタログや見本等の写真は不可)も添付下さい。

<申請書の送付先>

加入区分	送付先
一般被保険者	社会保険労務士法人なんの木事務所 [〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29] 社内便の場合: 本/日立MP(OC2)(人事)なんの木
任意継続、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合 [〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

事業所担当者印

健保インプット

健保受付日付印