

<注意>
この請求は、医師の指示により、治療用装具を作成して費用を支払いした場合の請求です。

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	健保使用欄です。記入しないでください。		年 月 日
支払年月日			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 被扶養者 療養費請求書(立替払い) 治療用装具等

提出日 令和 ○ 年 月 日 ← 提出日は、委任日と同日にしてください。

記入例

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)		フリガナ	セイワ タロウ
記号	1 0 0 番号	2 3 4 5 6 7	被保険者氏名
			令和 太郎
事業所名		連絡先	生年月日
社名		日中の連絡先 電話番号	昭和 平成
ルネサスエレクトロニクス		12345678	50 年 1 月 1 日
		814-1234	
		03-1234-5678	

保険証を確認の上、正確に記入してください。

申請内容		対象者が被扶養者の場合はその氏名		フリガナ	セイワ	ハナコ	続柄	長女	生年月日	昭和 平成 令和	15 年 5 月 1 日
傷病名(いずれかに)		病名 傷病名		ケガ	右足関節捻挫		発病又は負傷日	昭和 平成 令和	2 年 5 月 1 日	第三者行為(加害者の有無)	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		サッカーでボールを追いかけて走っていたところ、足をくじいて転んだ。		治療を受けた期間	平成 令和	2 年 5 月 1 日 ~	平成 令和	2 年 5 月 15 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)		[学校の校庭] [体育の授業でサッカーをしている時]		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申請中や業務中、出張中に負傷したものですか? [手続きをされましたか?]	
医受療診機し関た		所在地		〒100-0000 東京都千代田区大手町2-6-2		TEL: 03-1234-1111		名称		大手町病院整形外科	
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(立替た額)		12,000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		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)		委任状は、事業所健保担当課で記入しますので記入不要です。		委任状は、事業所健保担当課で記入しますので記入不要です。	
本請求に基く給付全に関する受領を		委任状欄は一般被保険者(在職者)のみ記入ください。		年 月 日		被保険者の氏名		令和 太郎		職に委任します。	
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		靴型装具の場合は、領収書原本と医師の「意見書」原本の他に、作成した装具の写真も添付して下さい。	

立替払いの際は、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際は、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)
靴型装具の申請の際は、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	小児用治療用眼鏡作成の場合は、支給条件が決められていますので、ご注意ください。	健保インボット	健保受付日付印
---------	---	---------	---------

【小児用治療用眼鏡作成時の留意事項】
小児用弱視治療用眼鏡には次の通り支給条件が決められています。請求前にご確認ください。
【支給条件】
対象者が9歳未満であること。
医師の指示により、小児用弱視・斜視及び先天性白内障術後の屈折矯正のために治療用の眼鏡を装着し、費用を全額立て替えていること。
治療用眼鏡等の装着により治療上の効果が見込まれるという医師の証明があるもの(通常の眼鏡は対象になりません)
2回目以降の場合は、更新前の装着期間が一年以上あること。
・5歳未満・・・1年以上
・5歳以上9歳未満・・・2年以上
(注1)年齢は医師より眼鏡作成指示があった日(作成指示書の日付)現在です。