

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	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 被扶養者 療養費申請書(立替払い・治療用装具等)

提出日 令和 年 月 日

被保険者情報

※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者の記号・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							
社名				従業員番号		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✓)	<input type="checkbox"/> 病気 [傷病名] <input type="checkbox"/> 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	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		(立替)診療・調剤日(治療用装具)作成指示日	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手続きをされましたか? → <input type="checkbox"/> 手続き済 <input type="checkbox"/> 手続き中 <input type="checkbox"/> 手続きしない <input type="checkbox"/> 通勤中や業務中、出張中に負傷したものですか? <input type="checkbox"/> 学校内や登下校中、学校の部活動で負傷したものですか? [手続きしない理由:]							
医療機関に申し込んだ	所在地	〒 TEL:						
	名称							
入院した場合その期間	令和 年 月 日 ~ 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✓)	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 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✓)	<input type="checkbox"/> 保険証を持参しなかった為(理由:) <input type="checkbox"/> 治療用装具(眼鏡など)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: 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)報酬明細書を添付して下さい。
 ※診療(調剤)報酬明細書は、医療機関に依頼して発行される書類です。(領収書の明細(診療明細書)ではありません。)
 輸血及び治療用装具の申請時は、領収書原本と、医師の「意見書」原本を添付して下さい。(小児用治療用眼鏡の医師の指示書に限り写し
 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)も添付して下さい。

<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)(人事ソ)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