

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						
伺年月日	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

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									
記号					番号					フリガナ					生年月日				
事業所										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					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たか? 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たか? (手続きしない理由:)														
医療機関 受療診機し 関した					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✓)					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 令和 年 月 日 被保険者の氏名 殿に委任します。																			
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。										銀行 支店 普通・当座 口座NO																			
退職日: 令和 年 月 日					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の時は、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)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