

<注意>

この請求は、診療日時点でルネサス健保の資格がある場合で、健康保険証を持参せずに診療を受け、医療費を10割自己負担で支払した場合の請求です。申請書は1ヶ月単位、受診者別、医療機関別(医科、調剤)、入院・外来別でご提出ください。

支払年月日 令和 〇年 〇月 〇日 令和 〇年 〇月 〇日 令和 〇年 〇月 〇日 令和 〇年 〇月 〇日

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) 療養費申請書(立替払い) 治療用装具等

記入例

提出日 令和 〇年 〇月 〇日 提出日は、委任日と同日にしてください。

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) 記号 1 0 0 番号 2 3 4 5 6 7 被保険者氏名 フリガナ レイワ タロウ 令和 太郎 生年月日 昭和 平成 50年 1月 1日 事業所 社名 連絡先 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 レイワ ハナコ 令和 花子 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) 病気 傷病名 〇△病 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 不明 (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手続きをしましたか? 通勤中や業務中、出張中に負傷したものですか? 学校内や登下校中、学校の部活動で負傷したものですか? 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 大手町病院内科 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(立替えた額) 12,000円 傷病の経過(いずれかに) 順調 治療 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: 扶養認定申請中の為) 治療用装具(眼鏡など)の作成業者が保険医療機関でない 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 〇年 〇月 〇日 被保険者の氏名 令和 太郎 委任状欄は一般被保険者(在職者)のみ記入ください。 委任者名は、事業所健保担当課で記入しますので記入不要です。 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 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