＜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、医療機関等で健康保険の資格が確認できずに診療を受け、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。

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	成 令和　年　月　日	

健保使用欄です。記入しないでください。

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）

記入例

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。

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）																			
記号	1	0	0	番号		2	3	4	5	6	7							月	1 日

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認の上、正確にご記入ください。

社　名	従業員番号	日中の連絡先　電話番号

任継(800)・特退(900)の方は記入不要です。

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　25 年　5 月　1　日
傷病名（いずれかに✔）	☑病気　□ケガ　〔傷病名　○△病〕	発病又は負傷日	昭和 平成 令和　6 年 8 月 8　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	(コ基)診療・調剤日 (装用装具)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。 □仕事中や業務中、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？〔手続きしない理由：　〕 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？⇒□手続き済　□手続き中　□手続きしない				
医療機関	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：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				

必ずご記入ください。

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。

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。】

本請求に基く給付金に関する受領を　　殿に委任します。

○　年　△　月　□　日

被保険者の氏名　　令和　太郎

委任状欄は一般被保険者（従業員）のみ記入ください。

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　従業員	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