

**<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。			和 年 月 日
支払年月日				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 療養費申請書(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**

**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
社名										
任継(800)・特退(900)の方は記入不要です。										

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。

**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	ジロウ	続柄	二男	生年月日	昭和 平成 令和 28 年 5 月 1 日	
傷病名(いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 病気	傷病名	右足関節捻挫	発病又は負傷日	昭和 平成 令和 6 年 11 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。						(立替)診療・調剤日(治療用装具)作成指示日	
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手続きをされましたか? → <input type="checkbox"/> 手続き済 <input checked="" type="checkbox"/> 手続き中 <input type="checkbox"/> 手続きしない 必ずご記入ください。							
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	大手町病院整形外科
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✓)	<input type="checkbox"/> 順調	<input checked="" 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 checked="" 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 委任状欄は一般被保険者(従業員)のみ記入ください。 被保険者の氏名 令和 太郎 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: 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	一般被保険者	従業員	社会保険労務士法人な ※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]		

医師の「意見書」は「作成指示書、装着確認書」でも代用可

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。	健保インプット	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】**  
 ①対象者が9歳未満であること。  
 ②医師の指示により、小児用弱視・斜視及び先天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。  
 ③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)  
 ④2回目以降の場合は、更新前の装着期間が一定以上あること。  
 ・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。