

<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。

何年月日	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。		
支払年月日	令和 年 月 日		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	提出日は、委任日と同日にしてください。	記入例
基本情報			
被保険者証の記号・番号 (右詰め) <small>枝番(-00)記入は不要です。</small>			
記号	1 0 0	番号	2 3 4 5 6 7
被保険者氏名	フリガナ レイウ タロウ		生年月日
	令和 太郎		昭和 平成 50 年 1 月 1 日
事業所	社名		連絡先
ルネサスエレクトロニクス	12345678		日中の連絡先 電話番号
	814-1234		03-1234-5678

申請内容			
対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ レイウ ハナコ	続柄	長女
	令和 花子	生年月日	昭和 平成 令和 15 年 5 月 1 日
傷病名 (いずれかに)	病名 (傷病名) <input checked="" type="checkbox"/> ケガ (右足関節捻挫)	発病又は負傷日	昭和 平成 令和 2 年 5 月 1 日
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	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) [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、 <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい。ここに <input checked="" type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> 手続済 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 手続しない <input checked="" 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? [手続しない理由:]		
医受療診機し関た	所在地	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)	順調 <input checked="" type="checkbox"/> 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: <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)	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。		
本請求に基く給付金に関する受領を	職に委任します。		
委任状欄は一般被保険者(在職者)のみ記入ください。	年 月 日	被保険者の氏名	令和 太郎
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	靴型装具の場合は、領収書原本と医師の「意見書」原本の他に、作成した装具の写真も添付して下さい。
	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
小児用治療用眼鏡作成の場合は、支給条件が決まっていますので、ご注意ください。		

【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まっています。請求前にご確認ください。
【支給条件】
 対象者が9歳未満であること。
 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。
 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)
 2回目以降の場合は、更新前の装着期間が一年以上あること。
 ・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。