

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								
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	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 行 (送付先は、下記参照)

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費請求書(食事療養費標準負担額差額申請用)

提出日 令和 年 月 日

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)										被保険者氏名	フリガナ	生年月日	昭和	平成	令和
記号															年
社名										従業員番号		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	発病又は負傷日	発病又は負傷の原因及びその経過			第三者行為の有無				
	平成 令和	年	月	日	有 無				
医療機関 受診した	所在地	TEL							
	名称								
支給対象期間		日数	左記の期間に支払った標準負担額						
令和	年	月	日	～	年	月	日	日	円
既に減額認定証を受けている場合		減額認定証を受けていない理由							
発行年月日		長期該当年月日							
平成 令和	年	月	日	平成 令和	年	月	日		
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							殿に委任します。		
令和 年 月 日									
被保険者の氏名									
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み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	口座番号		
				被保険者口座名義(カナ)					

<注意事項>

医療機関の領収書原本を添付ください。

<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