

**<注意>**  
 この請求書は、市町村税が非課税世帯の方又は 福祉事務所発行の「健康保険標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」を受領した方が入院し、入院中の食事を通常の負担で支払った場合の差額請求書です。  
以外の方は請求対象外です。

決済年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日
支払年月日	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 行 (送付先は、下記参照)

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

提出日	令和 年 月 日	提出日と委任日は同日にしてください。	<b>記入例</b>
-----	----------	--------------------	------------

<b>基本情報</b>										
被保険者証の記号・番号 (右詰め) 枝番 (-00) 記入は不要です。										
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		
令和 太郎					生年月日			昭和 平成 50年 1月 1日		
事業所名					保険証を確認の上、正確に記入してください。			連絡先		
社名					従業員番号			内線TEL		
ルネサスエレクトロニクス					12354678			日中の連絡先 電話番号		
					814-1234			03-1234-5678		

<b>申請内容</b>									
対象者が被扶養者の場合はその氏名					フリガナ			ハナコ	
令和 花子					続柄			妻 昭和 平成 55年 5月 1日 令和	
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	
病					平成 令和 令和2年5月1日			不詳	
第三者行為の有無					有 無				
医受療診機し開た					所在地			〒100-1111 東京都千代田区大手町1-1-1 TEL:03-1111-2222	
名称					昭和医院				
支給対象期間					日数			左記の期間に支払った標準負担額	
平成 令和 2年1月10日 ~ 2年1月20日					11日			3,000 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			非課税世帯の申請を忘れた為	
平成 令和 年 月 日					平成 令和 年 月 日			委任状欄は一般被保険者 (在職者)のみ記入ください。	
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			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。	
令和 太郎					被保険者の氏名			令和 太郎	
退職者 (予定者含む) は下記へご記入願います。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は不要です。									
退職日: 平成 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してください。

<b>&lt;申請書の送付先&gt;</b>	
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