この請求書は、① <u>市町村税が非</u> された「保護申請却下通知書」を ①②以外の方は請求対象外で	受領した方 が入院し、入院・				
次済年月日	(—————————————————————————————————————	· 本山	月日
支払年月日 令和	健保使用欄です。	記入し かいで	ください	年	月 日
	先は、下記参照)	11 / C/40 · C	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\		
健康保険 被扶養者	療養費請求	售(食事療	養費標準負	担額差額申	請用)
提出日 令和 〇 年 △ 月	提	出日と委任日	は同日にしてくだ	さい。	記入例
被保険者情報	※枝番(-00)記入	1-	/		
被保険者の記号・番号(7) 記号 1 0 0 番 2 3	4 5 6 7 いずれ		②資格情報のお約 D上、正確にご記	!入ください。 ‡	1
社 名		/	従業員番号	日中の連	基絡先 電話番号
任総	હ(800)∙特退(900)の方は言	2入不要です。 <u> /</u>			
申請内容					
対象者が被扶養者 フリガナ レイワ の場合はその氏名 令和	7 ハナコ 花子	続	生年 昭和 平成 今和	55 年 5	月 1 日
傷病名	発病又は負傷日	発病又は	は負傷の原因及び	その経過	第三者行為の有無
○○病	令和2年5月1日		不詳		有無
療診	100-1111 [京都千代田区大手町1-1-	-1		TEL:03-1	111-2222
機し 名称 とおかい という おおい こうしゅう おおい こうしゅう おおい こうしゅう おおい こうしゅう おいま しゅうしゅう はいしゅう はい	昭和医院				
支 給 対 象 期 間	月 数		左記の期間に	工支払った標準負	担額
令和 2年1月10日~2年1月	月20日 / 11	日		3,000	円
既に減額認定証を受けてい		減	額認定証を受けて	いない理由	
平成	当年月日 /	非	課税世帯の申請	を忘れた為	
^{令和} 年 月 日 ^{令和} 年 委任状【給付金は、在籍事業所から		記入ください	委任者名は、事業	所健保担当課で	
本請求に基く給付金に関する受		を任します。	記入しますので記	入不要です。	
委任状欄は一般被保険者 (従業員)のみ記入ください。	・公月口日 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		者•特例退職被任	保険者は登録口座へ	へ振込みますので	記入は不要です。
退職日: 令和 年 月 日 —	銀行		支店 普通・当風	区 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。				
<申請書の送付先> 加入区分	T		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	健保受付日付日
					K-006

ルネサス健保使田爛