

< 注意 >

この請求は、市町村の医療費助成(自己負担補助)を受けられている方が、やむを得ない理由で医療費助成(補助)を受けられず、医療機関での自己負担額が26,000円/月・件以上になった場合の請求書です。

決済年月日		年	月	日
支払年月日		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御中 (送付先は、下記参照)

健康保険 高額療養費・付加給付金請求書(医療費助成対象者専用)

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。	記入例
-----	------------	----------------------	------------

基本情報										枝番(-00)記入は不要です。																													
被保険者証の記号・番号(右詰め)										被保険者氏名										フリガナ										生年月日									
記号 1 0 0 番号										2 3 4 5 6 7										フリガナ レイワ タロウ										昭和 平成									
社名										事業所										日中の連絡先電話番号										連絡先									
ルネサスエレクトロニクス										012345678										814-1234										03-1234-5678									

保険証を確認の上、正確に記入してください。

申請内容										1ヶ月単位で申請ください。																																							
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									
令和 花子										ハナコ										長女										5 年 5 月 1 日										昭和 平成 令和									
住民票登録の住所										〒100-1111 県 市 1-2-3																																							
対象の助成制度(選択ください)										() 市・区・町・村										[乳幼児・子ども・ひとり親・障がい・老人・その他()]																													
診療年月										平成 令和 年 月										医療機関で支払った額										円																			
申請理由										1.医療費助成対象者であるが、県外・市外等で受診したため										2.医療費助成対象者でなくなったが、ルネサス健保										3.その他()																			
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										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																			
退職日: 平成 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)																																							

委任者名は、事業所健保担当課で記入しますので、記入は不要です。

[添付書類]

医療機関に支払った領収書の写し(受診者名・診療内容・医療機関名・金額のわかるもの)を添付ください。

< 注意事項 >

この申請は事前に「医療費助成対象者(登録・更新・終了)届(K-502)」で登録を済ませていることが前提です。

< 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]

ルネサス健保使用欄

高額療養費	円	受給者区分	被保険者	被扶養者	義務教就学前	高8	高9		
一部負担還元金	円	所得区分							
家族療養付加金	円	高額療養費	単独	合算	多数	非該当	付加金	該当	非該当

事業所担当者印

健保インプット

健保受付日付印