＜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）

記入例

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。

被保険者情報　※枝番（-00）記入は不要

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認の上、正確にご記入ください。

被保険者の記号・番号（右詰め）															
記号	1	0	0	番号		2	3	4	5	6	7				日
社　名												従業員番号		日中の連絡先　電話番号	
														080-1234-5678	

任継(800)・特退(900)の方は記入不要です。

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	ﾌﾘｶﾞﾅ　ﾚｲﾜ　ﾊﾅｺ 令和　花子	続柄	長女	生年月日	昭和 (平成) 令和　5　年　5　月　1　日
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)　・こども　・ひとり親　・障がい　・老人　・その他（　　）】				
診療年月	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・市外等で受診した為 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。

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。】

本請求に基く給付金に関する受領を　　に委任します。

年　　月　　日

被保険者の氏名　　令和　太郎

委任状欄は一般被保険者（従業員）のみ記入ください。

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　　普通・当座　　口座NO
	被保険者口座名義（カナ）

【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・公費負担の金額がわかるもの）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　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］

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7		
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