大名 従業員番号 日中の連絡先 電話番号 中請内容 対象となる計算期間 令和 4年8月1日~令和 5年7月31日 介護保険自己負担年額 400,000 フリカナ レイワ イチロウ 昭和 平成 令和		3和	健保使用欄で	す。記入		ください。) ^	介和 年		日
提出日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ○	レネサス健康保険組合 行	(送付先は、	下記参照)							
提出日と委任日は同日にしてください。		健康	保険 高額	介護	合算療	養費	清求書	<u> </u>	- 1 /	
被保険者の記号・番号(右詰め) 1 0 0 番 2 3 4 5 6 7 いずれかでご確認の上、正確にご記入ください。 1 1 2 3 4 5 6 7 いずれかでご確認の上、正確にご記入ください。 1 1 2 3 4 5 6 7 いずれかでご確認の上、正確にご記入ください。 3 4 5 6 7 いずれかでご確認の上、正確にご記入ください。 2 3 4 5 6 7 いずれかでご確認の上、正確にご記入ください。 2 3 4 5 6 7 いずれかでご確認の上、正確にご記入ください。 3 4 5 6 7 いずれかでご確認の上、正確にご記入ください。 3 4 5 6 7 いずれかでご和スをです。 3 4 5 6 7 いずれかでご和スのよこ 電話番号	提出日 令和 〇 年	△月□	提	出日と委	任日は同	目日にし	てください。		记入1	列
1 0 0 3 7 1 0 0 3 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1				安じり。						
社名	⇒□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□								書の	1
対象となる計算期間 令和 4年8月1日~令和 5年7月31日 介護保険自己負担年額 400,000 分護保険利用対象者氏名 中の	7	社 名			1	É業員番	号	日中の連絡	先 電話	登号
対象となる計算期間		任継(800)	・特退(900)の方	は記入不	要です。			080-12	34-5678	
対象となる計算期間	1									
		令和 4	年8月1日~令和	5年7月:	31日	介護保障	负 自己負担年	三額	400,00	00 円
令和 一郎 昭和35年1月1日 昭和 平成 令和		フリカ゛ナ	レイワ イチロワ	/ /			昭和 平成	 c 令和		
	介護保険利用対象者氏名		令和 一郎 /	/		生年月日	昭和3	5年1月1日	続柄	父
# 月 目 過去1年以内に他の社会保険の加入歴ある場合 保険者名 加入期間 添付の自己負担証明書整理番号 令和 年 月 日 一令和 年 月 日 令和 年 月 日 一令和 年 月 日 会和 年 月 日 一会和 年 月 日 会和 年 月 日 一会和 年 月 日 会和 年 月 日 一会和 年 月 日 会和 年 月 日 を任状【給付金は、在籍事業所から給与友給となる為下記へ記入ください】 本誌 ルレ エレンシ は ムーと 田土 ろ 受領を 大きない。 委任状欄は一般被保険者 (従業員)のみ記入ください。 長名 会性機力ので記入不要です。 会に表生します。 会に表しますので記入不要です。 記入しますので記入不要です。 記入しますので記入不要です。 は常します。 会に表生します。 会に表生のこれで表に表します。 会に表生します。 会に表生といます。 会に表生といまする。 会に表生といます。 会に表生といまする。 会に表		フリカ゛ナ					昭和 平成	た 令和		
保険者名 加入期間 添付の自己負担証明書整理番号 令和 年 月 日 一 でままずにまくかけった。 となる為下記へ記入ください。 となぜ、関はているとなる。で記入べたさい。 とない。 とない。 で記入で記入のみ記入ください。 と、 で記入しますので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入で記入ので記入の	介護保険利用対象者氏名					生年月日	年	. 月日	続柄	
令和 年 月 日 ○令和 年 月 日 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○					保険の加力	入歴ある				
令和 年 月 日~令和 年 月 日 (正代【給付金は、在籍事業所から給与友給となる為下記へ記入ください	保険者名	会和 年			目 日		添付の自	己負担証明書整	理番号	
大きまして其ノか付金に関する受領を										
委任状欄は一般被保険者 (従業員)のみ記入ください。	そに状【給付金は、在籍事業	美所から給与	支給となる為下記	へ記入く	ださい】	!		DR.) _ T.	W 1 1 1 1	
(従業員)のみ記入ください。			□目		K		= /r=			
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。 銀行 支店 普通・当座 口座NO を職日: 令和 年 月 日 被保険者口座名義(カナ) 添付書類 介護保険の自己負担額証明書(市区町村発行)を添付してください。 ルネサス健保使用欄 高額療養費 一部負担還元金 安族療養仕加る 「健保使用欄です。記入しないでください。」 「まおり、ままり、「ままり、」 「ままり、」 「まり、」 「まり、										
選職日: 令和 年 月 日 被保険者口座名義(カナ) 添付書類】 介護保険の自己負担額証明書(市区町村発行)を添付してください。 ネサス健保使用欄 高額療養費 一部負担還元名 健保使用欄です。記入しないでください。	退職者(予定者含む)に			被保険者	•特例退職	波保険者に	は登録口座へ	振込ますので記入	、不要です。	
後保険者口座名義(カナ) 添付書類	最職日: 会和 年 日	П			支店	普通	当座 口	座NO		
介護保険の自己負担額証明書(市区町村発行)を添付してください。 レネサス健保使用欄 高額療養費 一部負担還元金 健保使用欄です。記入しないでください。		被保険	皆口座名義(カナ)						
レネサス健保使用欄 高額療養費 一部負担還元会 健保使用欄です。記入しないでください。	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	明書(市区町	村発行)を添付]	てください	١_					
高額療養費		716 (112.1	1170117 6 1911110	, (,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	0					
安佐安美什加 4 ***********************************			m	· \	나 라 /ㅁ rᄉ +ン.	가	4. ************************************	上 注学前 高8 高9		
豕胅燎食竹加金 □ □□┗┗┗ 区景 ▼₩ □ # У Ø / I № □ □ I I I I I I I I		健化	は使用欄です。 語	記入しない	ハでくださ	い。	ļ.	李 小 中华	717	
	多			774	ロガ グ外	7 F Þ/A 🖂	1 1 \AH 77C	該ヨ 非該	<u> </u>	
						洋石	华			
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]	<申請書の送付先> 加入区分 一般被保险者 ###	* 社会	:保険労務士法/	くなんの木	事務所[=	送付 F101-00		大田区神田淡路	町2-29]	

事業所担当者印

K-701

健保受付日付印

健保インプット