

< 注意 >

この請求は、被保険者又は被扶養者が介護保険と健康保険両方の自己負担がある場合、合算して年間で一定金額を超えた場合に請求できます。健康保険・介護保険のいずれかの負担がない場合は請求対象外です。
一定金額は所得区分によって異なります。詳細はルネサス健保ホームページを参照ください。

支払年月日	令和	健保使用欄です。記入しないでください。	令和	年	月	日
-------	----	---------------------	----	---	---	---

ルネサス健康保険組合 行 (送付先は、下記参照)

健康保険 高額介護合算療養費請求書

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。
-----	----	---	---	---	---	--------------------

基本情報										
被保険者証の記号・番号(右詰め)										
記号	1	0	0	番号	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名					フリガナ			生年月日		
令和 太郎					レイワ タロウ			昭和 平成		
社名					事業			連絡先		
ルネサスエレクトロニクス					12345678			814-1234		
								日中の連絡先 電話番号		
								03-1234-5678		

申請内容									
対象となる計算期間					介護保険自己負担年額				
平成 令和 30年8月1日 ~ 平成 令和 1年7月31日					400,000 円				
介護保険利用対象者氏名					フリガナ		生年月日		続柄
令和 一郎					レイワ イチロウ		昭和 平成 令和		父
介護保険利用対象者氏名					フリガナ		生年月日		続柄
							昭和 平成 令和		
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				
		平成 令和 年 月 日 ~ 年 月 日							
		平成 令和 年 月 日 ~ 年 月 日							
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】									
委任状欄は一般被保険者(在職者)のみ記入ください。					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。				
年 月 日					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		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)				

【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。

高額療養費	健保使用欄です。記入しないでください。	就学前 高8 高9
一部負担還元		
家族療養付加金		該当 非該当

< 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]

事業所担当者印

健保インプット

健保受付日付印