ルネサス健保使用欄

| 支給決定額 | 法定 | 円 | 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 主　任 | 担　当 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 付加 | 円 | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 伺年月日 | 令和　年　月　日 | 資格取得日 | 平成　令和　年　月　日 |
| 決済年月日 | 令和　年　月　日 | 資格喪失日 | 令和　年　月　日 |
| 支払年月日 | 令和　年　月　日 | 扶養認定日 | 平成　令和　年　月　日 |

ルネサス健康保険組合御中　（送付先は、下記参照）

# 健康保険　医療費・調剤費合算給付費精算申請書

| 提出日 | 令和　年　月　日 |
|---|---|

**基本情報**　※枝番（-00）記入は不要です。

| 被保険者の記号・番号（右詰め） | | | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 | 昭和　平成　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 記号 | | | | 番号 | | | | | | | | | | | |

| 事業所(任意継続被保険者・特例退職被保険者は記入不要) | | 連絡先 | |
|---|---|---|---|
| 社　名 | 従業員番号 | 内線TEL | 日中の連絡先電話番号 |
| | | | |

**申請内容**　※診療年月（1ヶ月）単位で用紙を分けて申請ください。

| 受診者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄 | | 生年月日 | 昭和 平成 令和　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|
| 診療年月 | 令和　年　月診療分 | | | | |
| 診療を受けた医療機関 | 医療機関名： | | | 自己負担額① | 円（領収書の写し添付） |
| 当該処方箋に基づく薬の購入先 | 調剤薬局名称： | | | 自己負担額② | 円（領収書の写し添付） |
| 当該処方箋に基づく薬の購入先 | 調剤薬局名称： | | | 自己負担額③ | 円（領収書の写し添付） |
| **申請出来るのは自己負担合計額が次のいずれかの場合。**<br>(1)通院の場合で自己負担合計額が26，000円以上の場合<br>（自己負担合計額が26，000円未満の場合は給付はありません。申請は不要です。）<br>(2)特定疾病療養受療証保有者で自己負担合計額が10,000円〔上位所得者（標報：53万円以上）は20,000円〕を超えた場合。 | | | | **自己負担額計（①＋②＋③）** | 円 |

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。

令和　年　月　日

被保険者の氏名

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】

申請したい月の医療機関及び当該処方箋に基づく調剤薬局に支払った領収書の写しを必ず添付ください。

＜注意事項＞

①この申請は、次の場合は対象外です。

(1)入院の医療費　(2)外来と薬局の自己負担合計が26，000円未満　(3)外来と薬局のいずれかの自己負担額がない場合

(4)複数の医療機関の自己負担を合計している場合。

(5)自己負担額が全て21,000円以上の場合（自動的に合算計算されますので申請は不要です。）

②給付金の支給は、医療機関から健保に診療報酬明細が到着後（診療月の3ヶ月後以降）となります。

＜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］<br>※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9 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 一部負担還元金 | 円 | 所得区分 | | 公費 | 有　無 |
| 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 |
|---|---|---|
| | | |