＜注意＞
この請求は、診療日時点でルネサス健保の資格がある場合で、医療機関等で健康保険の資格が確認できずに診療を受け、医療費を10割自己負担で支払した場合の請求です。
申請書は1ヶ月単位、受診者別、医療機関別（医科、調剤）、入院・外来別でご提出ください。

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	成	令和　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　被保険者 ~~被扶養者~~　療養費申請書（立替払い）治療用装具等）

記入例

提出日	令和　○　年　△　月　□　日

提出日は、委任日と同日にしてください。

被保険者情報

※枝番（-00）記入は不要です。

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				月　1　日

事業所（いずれかに✔）	従業員番号（任継・特退は記入不要）	日中の連絡先　電話番号	連絡用メールアドレス
□REL　□RSMC　□任継・特退			

申請内容

対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ　レイワ　ハナコ 令和　花子	続柄	長女	生年月日	昭和 平成 令和　25 年　5 月　1　日
傷病名（いずれかに✔）	☑病気 ☐ケガ　傷病名：○△病	発病又は負傷日	昭和 平成 令和　6 年 8 月 8 日	第三者行為（加害者）の有無	有 無
発病（負傷）の発生原因	負傷の場合、誰のどのような行為によるものかを詳細に記載	（立替）診療・調剤日 （療用装具）作成指示日	令和　年　月　日		

はっきりと分からない場合は、「不明」でも可

負傷場所と状況（ケガの場合のみ記入）	**負傷場所**　〔　〕　**状況（何をしている時に負傷したか）**　〔　〕 **下記に該当する場合は、✔を付けて下さい。**　**ここに✔の場合、日本スポーツ振興センター災害共済給付金の手続きをしましたか？**⇒□手続き済　□手続き中　□手続きしない □通勤中や業務中、出張中に負傷したものですか？ □学校内や登下校中、学校の部活動で負傷したものですか？〔手続きしない理由：　〕

必ずご記入ください。

医療機関	所在地	〒100-0000 東京都千代田区大手町2-6-2	TEL：03-1234-1111
	名称	大手町病院内科	
入院した場合その期間	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日	治療に要した費用（立替えた額）	12,000円
傷病の経過（いずれかに✔）	□順調　☑治癒　□治療中　□その他（　）		
療養の給付を受けることが出来なかった理由（いずれかに✔）	☑ マイナ保険証、資格確認書等を提示しなかった為（理由：　） □ 治療用装具（眼鏡など）の作成業者が保険医療機関でない為。		

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 事業主 に委任します。

日　　被保険者の氏名

委任状欄は一般被保険者（従業員）のみご記入ください。

退 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）

立替払いの時は、医療機関の領収書原本と医療機関で発行の診療（調剤）報酬明細書を添付して下さい。
※診療（調剤）報酬明細書は、医療機関に依頼して発行される書類です。（領収書の明細（診療明細書）ではありません。）
輸血及び治療用装具の申請時は、領収書原本と、医師の「意見書」原本を添付して下さい。（小児用治療用眼鏡の医師の指示書に限り写し可）
靴型装具の申請の時は、実際に作成した装具のカラー写真（カタログや見本等の写真は不可）も添付して下さい。

＜申請書の送付先＞

加入区分	送付先
一般被保険者　従業員	ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス［〒105-0003　東京都港区西新橋1-18-6-11F］ 社内郵便：**本／ソシア社労士オフィス** ※社内郵便は到着まで数日～1週間程度かかります。お急ぎの場合は日本郵便をご利用ください。
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