＜注意＞
この請求は、医師の指示により、治療用装具を作成して費用を支払いした場合の請求です。

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			和	年	月	日
支払年月日			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。

被保険者の記号・番号（右詰め）											被保険者	フリガナ　レイワ　タロウ	生年	昭和 平成			
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												
□REL　□RSMC　□任継・特退																	

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。

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　ジロウ 令和　次郎	続柄	二男	生年月日	昭和 平成 令和　28 年　5 月　1 日
傷病名（いずれかに✔）	□病気 ☑ケガ〔傷病名 右足関節捻挫〕	発病又は負傷日	昭和 平成 令和　6 年　11月　1 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 サッカーでボールを追いかけて走っていたところ、足をくじいて転んだ。	（立替）診療・調剤日 （治療用装具）作成指示日	令和　年　月　日		
負傷場所と状況（ケガの場合のみ記入）	負傷場所〔　学校の校庭　〕 状況（何をしている時に負傷したか）〔　体育の授業でサッカーをしている時　〕 下記に該当する場合は、✔を付けて下さい。 □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：　〕	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			
医受療診機し関た	所在地	〒100-0000 東京都千代田区大手町2-6-2　TEL：03-1234-1111			
	名称	大手町病院整形外科			
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。				

必ずご記入ください。

委任状【給付金は在籍している事業主から給与支給となる為、下記へご記入ください。】

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。

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

医師の「意見書」は「作成指示書、装着確認書」でも代用可

※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

輸血及び治療用装具の申請の時は、領収書原本と、**医師の「意見書」**原本を添付下さい。（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

小児用治療用眼鏡作成の場合は、支給条件が決められていますので、ご留意ください。

【小児用治療用眼鏡作成時の留意事項】
小児用弱視治療用眼鏡には次の通り支給条件が決められています。請求前にご確認ください。
【支給条件】
①対象者が9歳未満であること。
②医師の指示により、小児用弱視・斜視及び先天白内障術後の屈折矯正のために治療用の眼鏡を装着し、費用を全額立て替えていること。
③治療用眼鏡等の装着により治療上の効果が見込まれるという医師の証明があるもの（通常の眼鏡は対象になりません）
④2回目以降の場合は、更新前の装着期間が一定以上あること。
・5歳未満・・・・・・・・・・1年以上
・5歳以上9歳未満・・・2年以上
（注1）年齢は医師より眼鏡作成指示があった日（作成指示書の日付）現在です。