ルネサス健保使用欄

＜注意＞　この請求は、医師の同意を受け、「はり・きゅう」費用を10割自己負担で支払いした場合の請求です。
被保険者による申請書記入、必要書類添付（支払額要確認）の上、ご提出ください。

決済年月日	令和		年	月	日
支払年月日	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(令和4 年 5 月施術分)　(はり・きゅう用)

記入例

提出日	令和　○　年　△　月　□　日

提出日と委任日は同日

被保険者情報

※枝番(-

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				成
記号		番号		月　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	妻	生年月日	[✓ 昭和] 平成 令和　51 年　1 月　1 日
傷病名	医師が同意している傷病名以外は受付不可			発病又は負傷の年月日	平成 [✓ 令和]　「不明」でも可。　日
発病又は負傷の原因及びその経過	はっきりと分からない場合は、「不明」でも可			業務上・第三者行為の有無	有＜□ 業務上 □ 第三者　[✓ 無]
				施術に要	

有　無　該当する方に○をつけてください。
有の場合はどちらかにチェックしてください。

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

本請求に基づ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。

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　口座番号
	被保険者口座名義(カナ)	

はり・きゅう師記入欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	転帰
令和　年　月　日	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日	日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医

傷病名　7.その他(　)

初検料　1. はり　2

要

施術料　はり　きゅう　はり・きゅう併　電療料　1. 電気針

往療料　4

往療料　4

施術報告書交付

施術日　月　通　往　27 28 29 30 31

施術証明欄　上記の

専門施術者住所地

免許登録番号＿＿＿＿＿＿はり師　施術所名称

免許登録番号＿＿＿＿＿＿きゅう　氏　名　電　話

施術した「はり・きゅう師」に記入を依頼してください。

施術所が発行する「療養費支給申請書」添付の場合は未記入で構いません。
※同内容が記載してあることを確認してください。

同意記録

同意医師の氏名・住所	住　所		
	氏　名	電　話	
同意年月日	令和　年　月　日	要加療期間	
傷病名			

＜注意事項＞
- ・医療機関の領収書原本と、「医師の同意書」原本を添付してください。
- ・但し、同意書においては、療養費の支給が可能な期間内※における2回目以降の請求では省略可能。
  ※ 初療又は再同意日から起算して5ヶ月後の月末(初療又は再同意日が月の15日以前の場合)、6ヶ月後の月末(初療又は再同意日が月の16日以降の場合)
- ・施術報告書交付料を請求の場合は、写しを添付してください。(6ヶ月に一度請求可)

＜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