ルネサス健保使用欄

支給決定額			決裁	常務理事	事務長	主 任	担 当
	法定	円					
	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　被保険者 被扶養者　移送費請求書

提出日	令和　年　月　日

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(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	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日

傷　病　名	発病又は負傷日	発病又は負傷の原因及びその経過	第三者行為の有無
	令和　年　月　日		有　無

移送の方法と区間及び方法			
移送の年月日		移送に要した費用	円

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。

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)

＜注意事項＞

移送費承認申請書と領収書原本を添付ください。

＜申請書の送付先＞

加入区分	送付先
一般被保険者	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