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 高額療養費・付加給付金請求書（医療費助成対象者専用）

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	フリガナ	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

※1ヶ月単位で申請ください。

対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
住民票登録の住所	〒				
対象の助成制度（選択ください）	（ ） 市 ・区 ・町 ・村 【 乳幼児 ・こども ・ひとり親 ・障がい ・老人 ・その他（ ） 】				
診療年月	令和 年 月	医療機関で支払った額	円		
申請理由	1.医療費助成対象者であるが、都道府県外・市外等で受診した為。 2.医療費助成対象者でなくなったが、ルネサス健保への廃止届が遅れた為。 3.その他（ ）				

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。

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＞

医療機関に支払った領収書の写し（受診者名・診療内容・医療機関名・公費負担の金額がわかるもの）を添付ください。

＜注意事項＞

この申請は事前に「医療費助成対象者（登録・更新・終了）届（K-502）」で登録を済ませていることが前提です。

＜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］

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7		
一部負担還元金	円	所得区分			
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