

常務理事	事務長	担当
支給決定		
年 月 日		

受付印

ルネサンス提携施設利用申請書 (被保険者・被扶養者)

提出日 平成 年 月 日

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者証 及び 被扶養者証	記号	番号	フリガナ	利用者氏名	*利用者別に申請ください。	続柄	
	ルネサンス 提携施設名	*提携施設別に申請ください。					施設利用に要した合計金額	円
	ルネサンス 提携施設 利用期間 及び 利用日	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 回						
		月						
		月						
		月						
(委任状欄)								
本請求に基づく給付金に関する受領を _____ に委任致します。								
被保険者氏名 印								
*注意事項 委任状欄の給付受領先は保険証記号別の労務契約会社名								
健保 記入	種別 立替払い	給付 算出額	820円 × 回 =					

必要な添付書類

ルネサンス提携施設利用領収書を添付ください。領収書の無い施設利用は補助の対象外。
(申請の対象外は、ルネサンス直営施設利用及び利用者年齢14歳以下)