

## 立て替え払いをしたとき

健康保険では、業務外の病気やケガで治療を受ける場合は保険証を提示して保険診療を受けるのが原則です。このことを「療養の給付」といい、傷病の治療を目的とした一連の医療サービスを給付するということから「現物給付」といわれています。

一方、やむを得ない事由によって保険診療が受けられなかったときは、その医療費は自分で支払い、あとで健保から「現金給付」として払い戻しを受ける場合があります、この給付を「療養費」といいます。

**注）療養費の支給は、健保が療養の給付を受けることが困難であると認めたと、またはやむを得ない事由があると認めたとときに限り支給されます。**

療養費の支給対象となる場合

- 旅行先で急病になり自費で医療機関にかかったとき
- 保険証交付手続き中で手元に保険証がなかったとき
- 以前加入していた健保から資格喪失後の医療費の返還請求を受け、医療費を返納したとき



次の書類を療養費支給申請書Dに添付して提出してください。

- ①返還請求を受けたときの書類（返還請求書・不支給決定通知書等）
- ②医療費を返納したときに発行された領収証原本
- ③前健保から発行された診療報酬明細書（レセプト写し）※封筒に入っているため未開封のまま提出してください

## 支給金額

健康保険の給付の範囲内で算定した額の7割が支給されます。

（小学校就学前の乳幼児は8割、70から74歳の高齢受給者は9割（注）、高齢受給者で一定以上の所得者は7割）

（注）平成26年4月1日以降に70歳になった高齢受給者は8割

## 提出書類

提出先 ⇒ カシオ健保 療養費担当まで

### ①療養費支給申請書D

..... { A4サイズで印刷してください（裏紙使用不可）  
記入もれがないか確認してください。

### ②負傷原因届

..... { 負傷原因がケガの場合は提出してください。

### ③診療報酬明細書 （レセプト）

..... { 医療機関で受診した場合は「診療報酬明細書」  
調剤があった場合は「調剤報酬明細書」  
※医療機関、調剤薬局の窓口で発行依頼してください。  
※傷病名、薬剤名、検査名等の診療内容が全て明記されたもので、  
会計時にもらえる「診療明細書」は、傷病名の記載が無い為不可

### ④領収証原本

..... { 原本が必要です。  
※返却することはできません。

## 支給日・支給方法

毎月の締日（基本月末）までに健保へ提出された申請書は、翌月の給与日に事業所経由で給付いたします。（記入不備や審査によって遅れる場合があります）

- カシオ計算機社員：給与日給付
- カシオグループ会社社員：各事業所へお問い合わせください

毎月の給付書類締切日を、健保ホームページに掲載していますのでご確認をお願いします。

※太枠の支給支払決議書は健保記入欄です

伺年月日		年月日		<備考>		月分		支給支払決議書							
								常務理事		事務長		担当者			
支給額	百万	拾万	万	千	百	拾	円	診療請求額							
								査定額(保険適用外)							
内訳	法定給付			合計額				資格取得		年		月		日	
	付加給付			一部負担金				資格喪失		年		月		日	

**被保険者 カシオ健康保険組合 療養費支給申請書 D (第 回目)**  
**家族 < 給付コード26 保険証不携帯 >**

(和暦) 年 月 日

◎ 記入した内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容を記入ください。二重線の近くに、被保険者本人の押印が必要です。

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号・番号			被保険者の生年月日(和暦)			被保険者の氏名																	
	記号	番号	番号	年	月	日																		
	事業所名称			所属部署名																				
	被保険者の住所			〒 -			日中の連絡先		電話番号															
				メールアドレス:																				
	被扶養者(家族)が療養を受けた場合		氏名		生年月日(和暦)		年		月		日		続柄											
	傷病名			発病または負傷年月日(療養開始日)・(和暦)			年		月		日													
	発病または負傷の原因及びその経過			ケガの場合は、負傷原因届(別紙)も提出してください						第三者行為によるものですか														
										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は健保に連絡をお願いします														
	診療を受けた病院		名称		所在地		診察した医師の氏名		電話番号															
	診療の期間(支給期間)・(和暦)		年		月		日		～		年		月		日		日間		診療費用の額		円			
	入院・外来の別		入院		・ 外来(通院)		入院期間(和暦)		年		月		日		～		年		月		日		日間	
	診療の内容				医療費助成について		受けている ( ) ・ 受けていない																	
	療養の給付を受けることができなかった理由		<input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中の受診 <input type="checkbox"/> 保険証不携帯による受診 (理由: ) <input type="checkbox"/> 返還請求 (以前の保険証で受診。前保険組合からの返還請求を受け7割・8割分を支払った場合) <input type="checkbox"/> その他 ( )																					
振込希望口座(退職者のみ記入)		銀行信用金庫		預金種別		普通		口座名義(カタカナ)																
		支店出張所		当座				口座番号																

※ 任継者の方は、振込口座記入不要 (任継資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 (和暦) 年 月 日	
	被保険者(申請者) 氏名	住所
受取人情報	(フリガナ)	
	代理人 氏名	委任者と代理人との関係
	住所	〒 -
	電話番号	

健保受付日付印

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

本紙に記載された個人情報は、療養費を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

※太枠の支給支払決議書は健保記入欄です

同年月日	年月日	<備考>	月分	支給支払決議書		
				常務理事	事務長	担当者
支給額	<b>健保記入欄</b>			<b>添付書類</b> ・領収証原本 ・医療機関発行の診療報酬明細書(レセプト) ・調剤薬局発行の調剤報酬明細書(レセプト) (傷病名、診療内容が全て明記されたもの)		
内訳	付加給付	一部負担金				

**被保険者** カシオ健康保険組合 療養費支給申請書 D (第 回目)  
**家族** < 給付コード26 保険証不携帯 >

(和暦) 平成26年 10月 10日

◎ 記入した内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。二重線の近くに、被保険者本人の押印が必要です。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日(和暦)		被保険者の氏名		
	記号	1101	番号	99999	昭和50年 3月 5日	健保 太郎	
	事業所名称			〇〇株式会社	所属部署名	経理部〇〇グループ	
	被保険者の住所		〒000-0000	東京都港区〇〇 1-1 △△マンション101		日中の連絡先	電話番号 03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
			メールアドレス: 〇〇〇@〇〇〇.casio.co.jp				
	被扶養者(家族)が療養を受けた場合	氏名	〇〇〇〇		生年月日(和暦)	年 月 日	続柄
	傷病名	蕁麻疹			発病または負傷年月日(療養開始日)・(和暦)	平成26年 10月 2日	
	発病または負傷の原因及びその経過	ケガの場合は、負傷原因届(別紙)も提出してください				第三者行為によるものですか	
			<b>ケガの場合のみ 負傷原因届も提出(別紙)</b>			<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <small>「はい」の場合は健保に連絡をお願いします</small>	
	診療を受けた病院	名称	〇〇〇皮膚科		診察した医師の氏名	〇〇 〇〇〇	
	所在地	京都市〇〇〇 3-3 △△ビル 2F		電話番号	00 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
診療の期間(支給期間)・(和暦)	平成26年 10月 2日 ~ 平成26年 10月 2日 1日間				診療費用の額	7,500 円	
入院・外来の別	入院	・ 外来(通院)	入院	<b>申請書は、診療月別、入院・外来別、医療機関・調剤薬局別に申請してください</b>			
診療の内容	点滴、投薬処方		医療費助成について	受けている ( ) ・ 受けていない ( )			
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 保険証交付手続き中の受診 <input checked="" type="checkbox"/> 保険証不携帯による受診 (理由: 旅行先で急病になり受診したため ) <input type="checkbox"/> 返還請求 (以前の保険証で受診。前保険組合から返還請求を受け7割・8割分を支払った) <input type="checkbox"/> その他 ( )						
振込希望口座(退職者のみ記入)	<b>退職者の方のみ記入</b>			普通当座	口座名義(カタカナ)		
				口座番号			

※ 任職者の方は、振込口座記入不要 (任職資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

受 取 代 理 人 の 欄	本申請 被保険者(申請)	<b>注意事項</b> ・急病で保険医に自費でかかったときでも、診療月内に医療機関窓口で保険証を提示すれば保険診療扱いとして精算できる場合がありますので、早めに医療機関窓口へご相談してみてください。				
	受取人情報	氏名	〒 -		住所	電話番号

健保受付日付印

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合



本紙に記載された個人情報、療養費を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

# 領収（診療）明細書（医師が記入するところ）

点数計算する為、診療内容を明記して下さい。下記に必ず証明印をお願いします。

（備考）

すでに申請の対象となる費用については領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。

患者名					傷病名						
入院外					入院						
初診	時間外・休日・深夜				回数	初診	時間外・休日・深夜				回数
再診	再診	×	回		投薬	内服	服用	単位			
	外来管理時間外	×	回			外用	調剤	単位			
診	休日	×	回		注射	皮下筋肉内		回			
	深夜	×	回			静脈内		回			
指導						処置	その他		回		
在宅	往診		回		手麻酔・		薬剤		回		
	夜間		回			検査	薬剤		回		
宅	深夜・緊急		回		画像断		薬剤		回		
	在宅患者訪問診療		回			その他	薬剤		回		
投薬	内服	{ 薬剤	×	単位	入院		入院年月日		年	月	日
	外用	{ 薬剤	×	単位		病診衣					
薬	処方		×	回	入院時医学管理料	入院料	×	日間			
	麻毒調基		×	回		入院時医学管理料	×	日間			
注射	皮下筋肉内		回		検査	特定入院料・その他					
	静脈内		回			食事	基準				
処置	その他		回		食事		円×		日間		
	薬剤		回			円×		日間			
手麻酔・	薬剤		回		合計	円×		日間			
	検査		回			円×		日間			
画像断	薬剤		回		合計	円×		日間			
	その他		回			円×		日間			
合計					円	合計					円
上記のとおり領収（診療）いたしました。											
(和暦)                      年                      月                      日											
住所 医師の 氏名											

## 負傷原因届の記入について

負傷（ケガ）がもとで各種の給付申請をする場合は、負傷原因届の提出をお願いいたします。  
ご提出いただけないと、給付金の支払いを保留するなど適正な保険給付の決定を行うことができない場合があります。業務外のケガや自損事故によるものと思われる場合でも届出が必要になります。  
疾病・ケガが第三者の行為によるものであるときは、併せて「第三者の行為による傷病届」の届出が必要です。

### こんなときに負傷原因届をご提出ください

負傷（ケガ）がもとで、右記の給付を申請する際にその給付申請書の添付書類として負傷原因届を提出します

- 療養費支給申請書A（治療用装具）
- 療養費支給申請書D（保険証不携帯等）
- 限度額適用認定申請書（高額療養費）
- 傷病手当金
- 移送費

## 業務上・通勤途上の疾病・ケガの場合

### ●労災保険からの給付が原則

健康保険では、業務上または通勤災害による疾病・ケガに対して保険給付は行いません。  
この場合、労災保険（労働災害補償保険）の給付の対象となります。  
ただし、労災保険の給付対象とならない場合には、健康保険で保険給付を行います。

### ●業務上・通勤途上でケガをしたら、会社へ連絡してください

保険証を提示して診療を受けるまえに、事業所の労災担当の方にご連絡をお願いします。  
（労災保険に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定を行います）

## 第三者の行為による疾病・ケガの場合

### ●他人の行為によって、ケガした場合は「第三者の行為による傷病届」を提出

業務上や通勤途上以外の交通事故、ケンカ、他人の飼い犬等にかまれたときなど、第三者の行為によって起こった疾病・ケガは、本来加害者が治療費を負担するべきですが、保険証を提示して診療を受けることもできます。その際は、すみやかに健保までご連絡をお願いします。

### ●「第三者の行為による傷病届」が必要な理由

交通事故やケンカ等の第三者の行為による疾病・ケガの治療費は、本来加害者が負担するべきものです。  
保険証を使って診療を受けた場合、カシオ健保が加害者に代わって医療費を立て替えたこととなりますので、その費用を加害者または損害保険会社などに請求します。（損害賠償権の代位取得）  
このため、すみやかに傷病届をご提出いただく必要があります。

# 負傷原因届

健保決裁欄		整理番号	
常務理事	事務長	担当者	
保険給付・自損・第三者・労災・スポーツ災害			
保険診療費			
高額・付加金の有無			

(和暦) 年 月 日

被保険者	記号・番号	記号	番号	氏名		
	現住所	〒				
	事業所・部署名					
	日中の連絡先	メールアドレス:		Tel:		
負傷者	負傷した方 (本人・家族)	氏名		続柄		
		勤務形態	<input type="checkbox"/> 会社員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他( )			
被保険者または負傷した方が記入するところ	傷病名					
	治療状況 (和暦)	病院名			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
		治療経過	年 月 日 現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止			
		治療期間	年 月 日 から 年 月 日まで			
	負傷日時 (和暦)	年 月 日 午前・午後 時 分頃				
	負傷した時間帯 (状況)	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(休暇含む) <input type="checkbox"/> 登校日 <input type="checkbox"/> その他( )				
		<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他( )				
		<input type="checkbox"/> 通勤途中 ( <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道あり <input type="checkbox"/> 寄り道なし )				
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )				
		※学校の管理下におけるケガに該当する場合は、「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受けますか？ <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない 理由( )				
負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故(自転車事故含む) ⇒ ( <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 第三者との事故 ) ※別途届出あり					
	<input type="checkbox"/> 暴力 ( <input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> 暴行を受けた )					
	次にあてはまるものがありますか？ <input type="checkbox"/> スポーツ中 ( <input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 体育・部活 <input type="checkbox"/> 任意参加のサークル又は個人の趣味でしているもの )					
	<input type="checkbox"/> 動物による負傷 ( 飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> どれにもあてはまらない					
事故相手の有無	事故相手はいますか？ また相手がいる場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか？ 相手: <input type="checkbox"/> 有り ( あなたは <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 加害者 ) <input type="checkbox"/> 無し					
負傷した時の状況を具体的に記入してください						

- 負傷した原因が、自損による交通事故の場合、「自損事故発生状況報告書」の提出をお願いすることがあります。
- 負傷した原因が、他人の行為による場合、「第三者の行為による傷病届」の届出が必要となります。⇒ 健保よりご連絡いたします。
- 業務上、通勤途上の疾病・負傷の場合は、労災保険による給付の対象となり、健康保険が使えないことがありますので、事前に事業所へご確認ください。
- 「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受ける場合、付加給付金は支給いたしません。(高額療養費は支給)

# 負傷原因届

健保決裁欄		整理番号	
常務理事	事務長	担当者	
健保記入欄			
			災害
高額・付加金の有無			

(和暦) 27 年 10 月 10 日

被保険者	記号・番号	記号	1101	番号	88888	氏名	健保 太郎	
	現住所	〒000-0000 東京都〇〇市〇〇町 1-1					押印は不要ですが自署でご記入ください。	
	事業所・部署名	〇〇株式会社 本社 〇〇部〇〇グループ						
	日中の連絡先	メールアドレス:	〇〇〇@casio.co.jp		Tel:	03-0000-0000		
負傷者	負傷した方	氏名	健保 太郎		続柄	本人		
	(本人・家族)	勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他( )					
被保険者または負傷した方が記入するところ	傷病名	肋骨骨折						
	治療状況 (和暦)	病院名	〇〇整形外科			<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来		
		治療経過	平成 27 年 10 月 1 日 現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止					
		治療期間	平成 27 年 9 月 12 日 から 年 月 日 まで					
	負傷日時 (和暦)	平成 27 年 9 月 12 日 午前・午後 10 時 分頃						
	負傷した時間帯 (状況)	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日(休暇含む) <input type="checkbox"/> 登校日 <input type="checkbox"/> その他( )						
		<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私						
		<input type="checkbox"/> 通勤途中 ( <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道あり <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 通学途中 <input type="checkbox"/> 授業中 <input type="checkbox"/> 部活動中 <input type="checkbox"/> 休み時間中						
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 学校内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )						
		※学校の管理下におけるケガに該当する場合は、「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受けますか？ <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない						
負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 (自転車事故含む) ⇒ ( )							
	<input type="checkbox"/> 暴力 ( <input type="checkbox"/> ケンカ <input type="checkbox"/> 暴行を受けた )							
次にあてはまるものがありますか？ <input type="checkbox"/> スポーツ中 ( <input type="checkbox"/> 職場の行事 <input type="checkbox"/> 体育・部活 <input type="checkbox"/> 任意参加のサークル又は個人の趣味でしているもの )								
<input checked="" type="checkbox"/> 動物による負傷 ( 飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )								
事故相手の有無	事故相手はいますか？ また相手がいる場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか？							
	相手: <input type="checkbox"/> 有り ( あなたは <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 加害者 ) <input checked="" type="checkbox"/> 無し							
負傷した時の状況を具体的に記入してください	自宅で掃除機をかけていた際、転んで胸を机の角にぶつけてしまい、肋骨を骨折しました。							
どこで何をしていたら、どんな状況で、体のどこの箇所を どのように負傷したのか記入してください								

業務(通勤)災害に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定を行いますので詳しくは事業所または、労働基準監督署にお問合せください

日本スポーツ振興センター災害共済給付金を受ける場合、健保の付加給付金は支給いたしません。(高額療養費は支給)

- 負傷した原因が、自損による交通事故の場合、「自損事故発生状況報告書」の提出をお願いすることがあります。
- 負傷した原因が、他人の行為による場合、「第三者の行為による傷病届」の届出が必要となります。⇒ 健保よりご連絡いたします。
- 業務上、通勤途上の疾病・負傷の場合は、労災保険による給付の対象となり、健康保険が使えないことがありますので、事前に事業所へご確認ください。
- 「日本スポーツ振興センター災害共済給付金」を受ける場合、付加給付金は支給いたしません。(高額療養費は支給)