

※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 >				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	治療費用額				
	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						資格喪失		年 月 日			
一部負担金												

被保険者

家族

カシオ健康保険組合 療養費支給申請書 G (第 回目)

< 給付コード 同種移植・骨髄移植・臍帯血移植にかかわる医師の派遣及び運搬 >

◎ 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。自署でご記入ください。(和暦) 年 月 日

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:							
	移植をうけた者の名前			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					
	派遣・搬送の方法・経路													
	診療を受けた病院		名称	診療した医師の氏名										
			所在地						電話番号					
	医師の証明日(装具装着の指示日)・(和暦)		年	月	日	移植日(和暦)	年	月	日	かかった費用	円			
	入院・外来		入院・外来(通院)		療養期間(和暦)		年		月	日	～	年	月	日
	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					
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

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。

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

※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 >		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	治療費用額				
	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">健保記入欄</div>								資格取得	年	月	日
資格喪失									年	月	日	
内訳	一部負担金											

被保険者

家族

カシオ健康保険組合 療養費支給申請書 G (第 回目)

< 給付コード 同種移植・骨髄移植・臍帯血移植にかかわる医師の派遣及び運搬 >

◎ 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。自署でご記入ください (和暦) 年 月 日

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	
					<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;">押印は不要ですが自署でご記入ください。</div>	
	被保険者の住所		〒 000 - 0000		日中の連絡先	電話番号 03 - 0000 - 0000
			東京都港区〇〇 1-1 △△マンション101		メールアドレス: 〇〇〇@〇〇〇.casio.co.jp	
	移植を受けた者の名前	氏名	健保 一郎		生年月日 (和暦)	平成14年 10月 10日
					続柄	長男
	傷病名					
	派遣・搬送の方法・経路	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 20px; padding: 10px; background-color: #f0e6ff;"> <p>内容等は詳しくご記入願います。申請書に押印は不要ですが自署でお願い致します。</p> <p>添付書類</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険医による意見書 ・領収証原本 <p>注) 1 移植を必要と認めた医師の意見書が発行されない場合のみ別紙(運搬に関する医師意見書)に記入を依頼してください。</p> <p>注) 2 領収書には運搬にかかった運賃等の内訳が記載されているもの(別途内訳書がある場合はご提出ください)</p> </div>				
診療を受けた病院						
医師の証明日						
入院・外来						
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			
振込希望口座 (退職者のみ記入)	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">退職者の方のみ記入</div>				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	代理人 氏名	委任者と代理人との関係
	住所	電話番号

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。

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。
	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

確認して✓記入。