

## 治療用装具（コルセット）の支給について

保険医が治療上必要があると認めて、医師の指示により装具製作者が作成したものに限られます

保険医が治療上必要を認め、義肢装具製作所に作らせて患者に装着させた場合には、その費用の限度内で療養費の支給を行うことになっています。

義手、義足は療養の過程において、その傷病のため必要と認められる場合で症状固定前の練習用に仮に作製したものは、1回に限り治療用装具として支給されます。

### 支給対象となるもの（全ての要件を満たすこと）

- 治療上、必要不可欠な範囲のもの
- 厚生労働省の定めた方法によりオーダーメイドで作製されたもの
- 保険診療の範囲内では対処できないもの
- 症状固定前のもの

注）治療用装具とは原因疾患の患部に直接作用（支持・矯正・固定・免荷）し原因疾患を解消させることが目的です。

### 支給対象とならないもの

- 補聴器や洗い替え等日常生活の利便性のためのもの
- 職業上やスポーツ・リハビリ等の際に一時的に着用するもの
- 外反母趾の為に作製した靴等、原因疾患の治療目的ではなく、単に症状緩和（除痛）を目的とするもの
- 保険診療の範囲内の医療処置で対応可能なもの
- 症状固定後に使用するもの（市区町村の福祉制度の対象になります 下記※1参照）
- 支給対象と認められる既製品以外の一般流通している市販品やそれらの加工品
- 美容を目的としたものや自由診療のもの
- 作成した装具には、使用期間に規定があり、同一の装具を使用期間内に申請された場合は、支給対象外になることがあります。（別紙：耐用年数参照）

※ 症状固定後や障がい者の方の日常生活の為に必要な装具は「治療用装具」ではなく「更生用装具（補装具）」と呼ばれ健康保険制度ではなく市区町村の福祉制度の対象になります。

## 支給金額

健康保険で定められた価格を基準に計算し支払われるので、かかった費用の全額が給付されるわけではありません。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歳から74歳の高齢受給者は8割、高齢受給者で一定以上の所得者は7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A | ..... | { A4サイズで印刷してください（裏紙使用不可）<br>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保険医の証明書原本 | ..... | { 医師が治療上装着を必要と認めた証明書（原本）<br>（意見書・作成指示書等・医師の記名押印は当該医師の証明でも差し支えありません）  |
| ④装具の領収証原本  | ..... | { 原本が必要です。（レシート不可）また、返却することはできません。<br>領収証には受診者氏名、金額（明細内訳）、領収日、領収印、業者名、義肢装具士名<br>料金明細（内訳別に名称、採型区分、種類等価格）が記載されていること      |
| ⑤靴型装具の写真   | ..... | { 靴型装具の場合、当該装具の写真を添付（患者が実際に装着する現物であることが<br>確認できるもの）※平成30年4月1日より添付が必要になります。<br><b>注）靴型装具以外の場合でも健保より写真の提出を求める場合があります</b> |

## 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、健保で厳正な審査の上支給決定となった場合に事業所経由で給与日に給付いたします。

（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。

治療用装具の耐用年数

装具本体

耐用年数以内の破損及び故障に際しては、原則として修理または調整を行う

区分	名称	型式	耐用年数
下肢装具	股装具	金属枠	3年
		硬性	3
		軟性	2
	長下肢装具		3
	膝装具	両側支柱	3
		硬性	3
		スウェーデン式	2
		軟性	2
	短下肢装具	両側支柱	3
		片側支柱	3
		S型支柱	3
		銅線支柱	3
		板ばね	3
		硬性(支柱あり)	3
		硬性(支柱なし)	1.5
		軟性	2
	ツイスター	軟性	2
鋼索		3	
足底装具		1.5	
靴型装具		1.5	
体幹装具	頸椎装具	金属枠	3
		硬性	2
		カラー	2
	胸椎装具	金属枠	3
		硬性	2
		軟性	1.5
	腰椎装具	金属枠	3
		硬性	2
		軟性	1.5
	仙腸装具	金属枠	3
		硬性	2
		軟性	1.5
		骨盤帯	2
	側彎矯正装具	ミルウォーキーブレイス	2
金属枠		2	
硬性		1	
軟性	1		
上肢装具	肩装具		3
	肘装具	両側支柱	3
		硬性	3
		軟性	2
	手背屈装具		3
	長対立装具		3
	短対立装具		3
	把持装具		3
	MP屈曲装具		3
	MP伸展装具		3
指装具		3	
B.F.O.		3	

## 完成用部品

材料・部品名	耐用年数	備 考
継 手 類	1.5年	耐用年数以内の故障に際しては、原則として小部品の取替えにより修理または調整を行う
手 部	1.5	
足 部	1	
その他の小部品（消耗品）	1	

## 使用年数

年齢	使用年数	備 考
0 歳	4 月	使用年数は、年齢による児童の特殊性を考慮して定めたものであるが、使用年数以内の故障に際しては、原則として小部品の取替えにより修理または調整を行う
1～2歳	6 月	
3～5歳	10 月	
6～14歳	1 年	
15～17歳	1年6月	次については、左記使用年数にかかわらず1年とする 1.装具本体のうち「側彎矯正装具」の「硬性」および「軟性」 2.完成用部品のうち「足部」 3.完成用部品を構成する「小部品（消耗品）」

## 弾性着衣の支給について

医師の指示に基づき、弾性着衣を購入した場合に下記の基準の範囲内で給付を受けられます

リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫治療のために使用されるもので、着圧30mmHg以上の弾性着衣が支給の対象となります。  
ただし、関節炎や腱鞘炎により強い着圧では明らかに装着に支障をきたす場合など、医師の判断により特別の支持がある場合は20mmHg以上の着圧であっても支給されます。

### 支給対象となる金額の上限額

そけい部・骨盤部・えきか部のリンパ節郭清（広範囲切除）を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫、または原発性の四肢リンパ浮腫	
二回目以降の申請の方は前回の購入から6ヵ月が経過していること	
弾性ストッキング	28,000円（片足用の場合 25,000円）
弾性スリーブ	16,000円
弾性グローブ	15,000円
弾性包帯（※2）	上肢 7,000円    下肢 14,000円

慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療	
一回に限り療養費の支給対象（治癒後に再発した場合のみ療養費申請可能）	
弾性ストッキング	28,000円（片足用の場合 25,000円） <small>医師の判断により特別の指示がある場合15mmHg以上の着圧でも申請可</small>
弾性包帯（※2）	下肢 14,000円

上表の額を上限とし、実際支払った金額の7割が支給されます。  
（小学校就学前の乳幼児は8割、70歳から74歳の高齢受給者は9割、高齢受給者で一定以上の所得者は7割）

※2 弾性包帯については、医師の判断により弾性着衣を使用できないとの指示がある場合に限り支給対象となります。

- 支給限度数      一度に購入する弾性着衣は洗い替えを考慮し、装着部位毎に2着を限度とします。

### 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A

.....  
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保険医の証明書原本 （装着指示書）

.....  
療養担当に当たる医師の弾性着衣等の装着指示書  
装着部位、手術年月日、着圧指示などが明記されていること  
※1 着圧指示が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を記載されているもの  
※2 弾性包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を記載されていること  
（医師の記名押印は当該医師の署名でも差し支えありません）

#### ③弾性着衣の領収証原本

.....  
原本が必要です。また、返却することはできません。  
弾性着衣等を購入した際の領収証または費用の額を証する書類

※更新申請の際も、初回と同様に下記の提出書類が必要となります

### 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、健保で厳正な審査の上支給決定となった場合に事業所経由で給与日に給付いたします。

（記載不備や審査によって支給が大幅に遅れる場合がありますのでご了承ください）

- 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

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	治療用装具額		
								査定額(保険適用外)		
内訳	法定給付				加算額(6.0%)				資格取得	年 月 日
	付加給付				合計額				資格喪失	年 月 日
装具作成指示日		年 月 日		一部負担金				前回作成日	年 月 日	

被保険者 カシオ健康保険組合 療養費支給申請書 A (第 回目)

家族 < 給付コード24 治療用装具・弾性着衣・生血 > (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。自署でご記入ください。

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	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		
	医師の証明日(装具装着の指示日)・(和暦)		年 月 日	治療用装具の装着日(和暦)	年 月 日	治療用装具の費用	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		装具の着用 その他( )		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
	代理人 氏名 (フリガナ)	委任者と代理人との関係
受取人情報	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 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

同年月日	年 月 日	< 備考 >
支給額	<b>健保記入欄</b>	
内訳	付加給付	合計額
装具作成指示日	年 月 日	一部負担金

**添付書類**

- ・保険医の証明書原本(医師の記名押印は当該医師の署名でも差し支えありません)
- ・装具の領収証原本
- ・靴型装具の場合、当該装具の写真添付【①正面②側面③ロゴ・メーカ表記(ある場合)】

※靴型装具以外でも写真添付を

被保険者 **カシオ健康保険組合 療養費支給申請書 A (第 1 回目)**

**家族**

< 給付コード24 治療用装具・弾性着衣・生血 >

(和暦) 令和××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。自署でご記入ください。

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 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	
被扶養者(家族)が療養を受けた場合	氏名 健保 一郎	生年月日(和暦) 平成20年 10月 10日 続柄 長男
傷病名	右膝半月板損傷	発病または負傷年月日(療養開始日)・(和暦) 令和1年 10月 5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 バレーボールの試合で負傷	第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 〇〇〇整形外科 所在地 東京都港区〇〇〇 2-2 △△ビル 1F	診察した医師の氏名 〇〇 〇〇〇 電話番号 03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
医師の証明日(装具装着の指示日)・(和暦)	令和1年 10月 10日	治療用装具の装着日(和暦) 令和 年 10月 20日 治療用装具の費用 15,000 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	装具の着用 その他( )	医療費助成について 受けている(子ども医療費助成) ・ 受けていない
振込希望口座(退職者のみ記入)	<b>退職者の方のみ記入</b>	

※ 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	代理人 氏名 _____ (フリガナ) _____ 住所 〒 - _____ 委任者と代理人との関係 _____ 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く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く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。

# 靴型装具写真添付台紙

今回購入された靴型装具の写真を添付してください。

記号	番号	被保険者氏名	受診者氏名

<撮影方法について>

1. 装具の全体像が確認できるよう、**正面・側面**を撮影してください。
2. 付属部品等も含めて、**全ての装具**を撮影してください。
3. ロゴ・商標やタグ(サイズ表記)がある場合は撮影してください。

写真添付欄

健保決裁欄		整理番号	
常務理事	事務長	課長	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		円	
高額・付加金の有無		円	

# 負傷原因届

(和暦) 年 月 日提出

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	生年月日 (和暦)	年 月 日(歳)	
		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"/> 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				
		<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  次にあてはまるものがありますか？	<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 )					
	<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)

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。 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



# 負傷原因届

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

(和暦) 令和 XX 年 〇〇 月 △△ 日提出

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						
	事業所・部署名	〇〇株式会社 本社 〇〇部〇〇グループ						
負傷者	負傷した方 (本人・家族)	氏名	健保 太郎	続柄	本人	生年月日 (和暦)	昭和50 年 3 月 5 日 (40 歳)	
		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"/> 帰宅 ) <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 type="checkbox"/> 動物による負傷 ( 飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input checked="" 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 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							

押印は不要ですが自署でご記入ください。

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)

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。

## 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。