

医療機関で輸血を受ける場合保存血については保険医療材料として現金給付が行われますが、生血液の輸血については立替払いとなり「療養費」の申請ができます。通常手術の時や治療で輸血が必要になると普通はその血液型の保存血を使って輸血をします。しかし、緊急に生血液を提供してもらうことがあり、この生血液提供者に支払った代金は保険の範囲内で療養費の申請となります。

支給対象となるもの

- 病院を通じて生血液を買って輸血した時

支給対象とならないもの

- 家族（親族含む）から提供された血液

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歳から74歳歳の高齢受給者は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）
 記入もれがないか確認してください。

②保険医の輸血証明書原本

..... [医師が治療上必要と認めた輸血証明書（原本）

③生血代金の領収証原本

..... [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。

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。

※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。

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					
	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		診療した医師の氏名		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 _____ 住所 〒 - _____		委任者と代理人との関係 _____		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>
支給額	健保記入欄	
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
- ・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お願いする場合がございます。

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。

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	押印は不要ですが自署でご記入ください。
	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	03-0000-0000
	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		ケガの場合は負傷原因届も提出(別紙)		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		診察した医師の氏名	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 (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)	退職者の方のみ記入					

※ 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

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



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。