

1 記号・番号は保険証に記載されています。



2 傷病名および負傷・発病の原因の詳細をご記入ください。

3 臍帯血・臓器等の移植を受けた医療機関名・所在地をご記入ください。

4 搬送が行われた期間の始まりと終わりの日にちをご記入ください。

5 領収書に記載されている搬送に要した費用をご記入ください。

6 臍帯血・臓器等の移植を受けた医療機関の医師又は歯科医師より証明をいただいでください。
※別紙、医療機関より発行された証明書の原本を添付される場合は、⑥欄の記入は不要です。

※裏紙使用禁止・A4印刷限定・修正液、修正テープ禁止（修正は修正箇所を二重線で消し、記入）

送付先	社内便の場合	TOTO株式会社 本社 TOTO健康保険組合 宛
	郵送の場合	〒802-8601 福岡県北九州市小倉北区中島2-1-1 TOTO健康保険組合 宛
問合せ先	電話番号	(内線)7-11-2182 / (外線)093-951-2182

健康保険 療養費支給申請書（臍帯血・臓器等の搬送費用）

◆本申請書と併せて添付資料として、搬送費用の領収書およびその明細の分かるもの（いずれも原本）を必ずご提出ください。

※退職者（記号・105）の方は、社員番号は記入不要

保険証の記号・番号	記号	100	1	99999	社員番号	TOxxxxx	連絡先	(内線) 7 - 11 - 2182 (外線) xxx - xxx - xxx											
氏名	(フリガナ)	トウトウ タロウ			住所	〒100 - xxxxx 東京都千代田区〇〇1-1-1													
対象者氏名	(フリガナ)	トウトウ ハナコ			対象者生年月日	昭 平 令	1 年 2 月 1 日	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)										
負傷又は発病日	<input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	30年10月10日			負傷・発病の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 不明													
傷病名	悪性リンパ腫																		
傷病の原因は第三者行為(交通事故・けんか等)によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		"はい"の場合相手方の	<氏名>	<住所>														
診療を受けた医療機関	<名称>	××総合病院			<所在地>	東京都中央区〇〇1-1-1													
搬送期間	令	5	年	10	月	1	日	～	令	5	年	10	月	2	日	搬送に要した費用	5	150,000	円

患者氏名	患者生年月日	昭 平 令	年 月 日								
傷病名											
搬送期間	令	年	月	日	～	令	年	月	日	搬送に要した費用	円
搬送の方法 区間 回数	6										
搬送を必要とした理由	※症状等を具体的に記入ください。また、付添人があった場合は、その付添人を認めた人数、理由を記入ください。										
上記のとおり相違ないことを証明する。	令和	年	月	日	医療機関等 所在地						
					医療機関等 名称						
					医師 氏名						

対 象 権 認	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 喪失済	負 担 割 合	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 高齢2割 <input type="checkbox"/> 高齢3割	計 算 基 準		支 給 額	円
------------------	--	------------------	---	------------------	--	-------------	---

(R5.10改)

【療養費の支給対象となる例】

①	臓器等採取を行う医師を派遣した場合における、医師の派遣に要した費用
②	摘出した臓器等を搬送した場合における搬送に要した費用

※但し、いずれもTOTO健康保険組合が認めた場合に限りです。

※医師の派遣や臓器の搬送に要した費用として、健康保険組合より給付される額は、『最も経済的な通常な経路および方法により搬送された場合の費用により算定された額（実際に要した費用を限度として）』に、自己負担割合（3割もしくは2割）を乗じて得た額を除いた額を基準として、支給を行います。

※医師、看護師等付添人に関する費用については、医学的管理が必要であったと医師が判断する場合に限り、原則として1人までの交通費を搬送に要した費用として算定を行います。
ただし、臓器等採取や摘出した臓器等の搬送は、複数名で行われるため、付添人が複数となった場合は、複数人必要な理由等を医師が証明することで、支給対象とされる可能性があります。

≪時効≫：搬送に要した費用を支払った日の翌日から2年

TOTO健康保険組合
ホームページ

