



# 海外療養費支給申請書

①被保険者証	(記号)	(番号)	②事業所の名称	
③被保険者氏名			④申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	
⑤傷病名			⑥発病又は負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
⑦発病又は負傷の原因				
⑧傷病の経過				
⑨診療を受けた病院の名称			⑩医師の氏名	
⑪病院の所在地				
⑫診療の内容				
⑬診療の期間	自 年 月 日	至 年 月 日	⑭診療に要した費用の額	日間
⑮負傷の場合	原因は第三者の行為で <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない			
⑯振込先の銀行又は郵便局	銀行	支店	普通	口座番号
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 デサント健康保険組合 理事長 殿 被保険者の 住所 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>				
⑰ (委任状) 私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日に請求した療養費の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 <span style="float: right;">㊟</span> 代理人の 住所 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>				

## 【添付書類】

(医科受診の場合) ①領収書 ②診療内容明細書 ③領収明細書 ④調査に関わる同意書

(歯科受診の場合) ①領収書 ②歯科診療内容明細書 ③調査に関わる同意書

※全て原紙をご提出ください。

※②と③については、各月ごとに、受診者別、病院別(入院・外来別)に分けてご記入ください。

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

・治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
・ Starting date of medication      Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_ Day\_\_\_\_

・患者

(患者名) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

・ Patient

(Name of patient) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date of birth)    Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_ Day\_\_\_\_

デサント健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_は、デサント健康保険組合又はデサント健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートをデサント健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To:

I (patient who has received treatment) authorize \_\_\_\_\_ or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(住所) \_\_\_\_\_

(日付) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(患者との関係) \_\_\_\_\_ : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.