

## 記入例（歯科）



## 海外療養費支給申請書

①被保険者証	(記号) 328	(番号) 社員No.	②事業所の名称 株式会社 デサント
③被保険者氏名	社員氏名	④申請が被扶養者に関するときはその者の氏名 (被扶養者の場合は記入)	
⑤傷病名	虫歯	⑥発病又は負傷の年月日 (負傷の場合は時頃)	年 月 日
⑦発病又は負傷の原因	不詳		
⑧傷病の経過	食事中に痛みを感じた。現在は治ゆ又は治療中等		
⑨診療を受けた病院の名称	「診療内容明細書」を確認し記入ください。	⑩医師の氏名	「診療内容明細書」を確認し記入ください。
⑪病院の所在地	「診療内容明細書」を確認し記入ください。		
⑫診療の内容	インレー充填(詰め物をした)		
⑬診療の期間	自 ○ 年 △ 月 □ 日 至 ○ 年 △ 月 □ 日 3日間	⑭診療に要した費用の額 (現地通貨)	
⑮負傷の場合	原因は第三者の行為で □ ある・ <input checked="" 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;">印</span>			
⑰(委任状) 私は <u>徳</u> デサント 人事総務室室長 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事。 <u>会社が代理受領する場合はのみ</u> ○ 年 △ 月 □ 日 被保険者の住所 □□□□□□□□□□ 氏名 ○○○ ○○○ <span style="float: right;">印</span> <u>⑰(委任状)欄もご記入ください。</u> 代理人の住所 氏名 <span style="float: right;">印</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。

申請内容について療養を行った医療機関に照会を行うケースが発生した場合の同意書です。

\*黄色でマークした箇所に、治療を受けた方がご記入・ご捺印ください。

## 調査に関する同意書

## Agreement of Authorization

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

- 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）、〇〇〇〇〇〇は、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.

(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 カ月間です。

(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.