



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	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
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 <input type="checkbox"/> 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 ○○○ ○○○ (印)					
⑰（委任状） 私は (株)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。 ○年△月□日 被保険者の 住所 □□□□□□□□□□ 氏名 ○○○ ○○○ (印) 代理人の 住所 氏名 (印)					

会社が代理受領する場合はのみ
⑰（委任状）欄もご記入ください。

【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。

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

捺印ください。

該当箇所を○で囲んでください。

(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.