

海外療養費支給申請書



①被保険者	(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"/> なし			
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				
⑰ (委任状) 私は 年 月 日に請求した療養費の受領に関すること。 を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名				

【添付書類】

2024.12 改定

- (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。

※②③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。