



海外療養費支給申請書

①被保険者	(記号) 328	(番号) 社員No.	②事業所の名称	デサントジャパン株式会社	
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 ○○○ ○○○					
⑰（委任状） 私は デサントジャパン(株) 人事統括部 部長 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こと。 ○年△月□日 被保険者の 住所 □□□□□□□□□□ 氏名 ○○○ ○○○ 代理人の 住所 氏名					

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】

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。

※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。