

Form B

Itemized receipt
領 収 明 細 書

| | | | |
|------------------------------------|-----------|----|----------------|
| (1) Fee for initial office visit | 初診料 | \$ | _____ |
| (2) Fee for follow-up office visit | 再診料 | \$ | _____ |
| (3) Fee for home visit | 往診料 | \$ | _____ |
| (4) Fee for hospital visit | 入院管理料 | \$ | _____ |
| (5) Hospitalization | 入院費 | \$ | _____ |
| (6) Consultation | 診察費 | \$ | _____ |
| (7) Operation | 手術費 | \$ | _____ |
| (8) X-ray examination | X線検査費 | \$ | _____ |
| (9) Medication | 医薬費 | \$ | _____ |
| (10) Anesthetics | 麻酔費 | \$ | _____ |
| (11) Operating room charge | 手術室費用 | \$ | _____ |
| (12) Others (specify) | その他(項目明記) | \$ | _____ \$ _____ |
| (13) Total | 合 計 | \$ | _____ |

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name

名前 : Last _____ First _____ Title _____
姓 名 称号

Address : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
住所 Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date : _____ Signature _____
日付 署名

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

調査同意書
조사동의서

- ・ 治療開始日 _____年__月__日
- ・ Starting date of medication Year_____ Month____ Day____
- ・ 治疗开始日期 _____年__月__日
- ・ 치료개시일 _____년__월__일

- ・ 被保険者（患者）
（被保険者名） _____
（住所） _____
（生年月日） _____年__月__日

- ・ Insured (Patient)
（Name of the insured） _____
（Address） _____
（Date of birth） Year_____ Month____ Day____

- ・ 被保険者（患者） Insured (Patient)
（被保険者姓名 Name of the insured） _____
（住址 Address） _____
（出生日期 Date of birth） _____年__月__日

- ・ 피보험자(환자):
（피보험자） _____
（주소） _____
（출생년월일） _____년__월__일

東京美容国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の組合員、_____は、貴国民健康保険組合の職員あるいは、貴国民健康保険組合が委託（再々委託まで含む）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なため、パスポートを貴国民健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: National Health Insurance Society

I (patient who has received treatment), _____ and society member,

_____ authorize National Health Insurance Society or its staff, and National Health Insurance Society's subcontractors (including sub-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 to National Health Insurance Society in order to confirm the information written above.

致：国民健康保険組合相关部门

本人（疗养接受人）_____及组合员_____，同意贵国民健康保険組合相关部门职员、贵国民健康保険組合相关部门的委托方（含再委托及再再委托）为确认本人海外疗养费申请资料中所述事实（疗养时间、场所、疗养内容），根据申请资料，向疗养提供者核实，并接受其提供的相应信息。

另，因上述确认须提供本人的护照复印件，故本人同意向国民健康保険組合相关部门提供。

국민건강보험공단 귀중:

본인(요양을 받은자)_____와 저의 조합원_____는 국민건강보험공단기관조합원 또는 국민건강보험공단이 위탁한 업체가 해외요양비신청서류에 기재된 사실(요양일, 장소, 요양내용)을 확인하기 위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다.

또한 국민건강보험공단 에 위확인에 필요한 여권을 제시하는데 동의합니다.

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた被保険者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.

须由接受治疗的被保険人本人签字・盖章。以下（）情况，请监护人（本人未成年）、成年监护人（本人接受监护的成年人）、法定继承人（本人已死亡）签字・盖章。

치료를 받은 피보험자본인이 서명.날인을 하여야합니다.피보험자본인이 미성년자 또는 피성년자후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명.날인이 필요합니다.

(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1年間です。

Signature

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month ____ Day ____

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

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

签名·盖章栏

(姓名) _____ 盖章

(住址) _____

(日期) _____年____月____日

(与患者关系) _____ : 患者本人 · 监护人 · 法定继承人 · 其他 [_____]

※ 本同意书从签名起 1 年内有效。

서명. 날인

(성명): _____ 인

(주소): _____

(날짜): _____년 _____월 _____일

환자와의 관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타(_____)

*본 동의서는 서명일로부터 1년간 유효합니다

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.

另外，如果国家、地区、医疗机构要求填写特定的同意书或委任状，可能需要您配合填写。

그 외에 만약 국가, 지역, 의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성 할 것을 요청 할 경우, 작성 하셔야 할 수도 있습니다.