



<健康保険組合・保険会社・勤務先企業 御中>

私および扶養家族は、当該治療に関する健康保険組合、保険会社、勤務先企業(以下、健康保険組合等という)への治療費請求を、私を治療した医療機関・医師、ならびに株式会社プレステージ・インターナショナルに委任します。

また、私および扶養家族を治療したすべての医療関係者が私および扶養家族のすべての治療記録を、株式会社プレステージ・インターナショナルを通じて健康保険組合等へ提供すること、ならびに健康保険組合等から私が治療を受けた海外の医療機関等に文書等により当申請内容を照会することに同意します。

Form fields for patient information: 被保険者(受診者)番号, 医療機関名, 受診者氏名(ローマ字), (男女)生年月日, 会社名, 医療費用(現地通貨), 発病又は負傷年月日, 受診年月日, 療養給付を受けられなかった理由(海外赴任のため), 疾病又は傷害の内容(傷病が第三者の行為によるものであるときにはその事実並びに第三者の住所氏名), 現地住所, 電話, 被保険者(従業員)署名(直筆)

療養費申請ならびに受領を受任いたしました。
〒102-0083 東京都千代田区麹町2-4-1
株式会社プレステージ・インターナショナル

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT(担当医師記入欄)

Form for attending physician statement including: 1. Name of patient, Age, Sex; 2. Diagnosis (grid); 3. Date of symptom first appeared; 4. Date of first visit; 5. Type of treatment and date of service; 6. Prescription, operation and any other treatment; 7-11. Additional questions and itemized amounts paid to hospital and/or attending physician; 12. Name and address of attending physician / superintendent of hospital or clinic.

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I.E., payment for a luxurious room charge.