

## アジア太平洋子ども会議・イン福岡 (APCC) 【病院用】医療費請求用紙

### 【医療機関 関係者の皆様】

アジア太平洋子ども会議・イン福岡 (APCC) の海外参加者が医療機関を利用した場合は、本用紙に必要事項をご記入の上、**FAX または Email にて、APCC 事務局へ**お送りいただきますよう、お願い申し上げます。

### 【医療費請求用紙送付先/請求に関するお問合せ】

**NPO 法人 アジア太平洋子ども会議・イン福岡 (APCC 事務局)**

**TEL : 092-710-6102 FAX : 092-710-6103 E-mail : info@apcc.gr.jp**

※メール添付でお送りいただく際には、書類全体がはっきり映っていることをご確認の上、お送りください。

### <ホストファミリー記入欄>

海外参加者氏名	( 男 ・ 女 / 歳 )
参加国・地域名	( ID ナンバー : )

以下は、各病院のご担当者様をご記入をお願いします。 記入日： 年 月 日

発病/事故発生日	2024 年 月 日 午前 ・ 午後 時頃
治療期間	2024 年 月 日 ~ 月 日 ( 日間 )
症状 (診断名)	
医療費 金額	
受診した病院名 ※押印必須	印
所在地	〒
ご担当者様/ご連絡先	(お名前) (連絡先)
医療費の振込先	(銀行名) _____ (支店名) _____ (口座番号) 普通 ・ 当座 _____ (口座名義) _____

※医療費につきましては 1 点あたり単価 20 円で計算のうえご請求ください。

※保険手続き上、必ず押印が必要になります。お忘れのないようお願い申し上げます。(担当者認印、または法人角印など)

※薬局での支払いが発生した場合には薬局用の用紙をご利用下さい。症状によっては診療報酬明細の添付をお願いする場合があります。

※補償内容、保険手続き等に関する問い合わせは、下記をお願いいたします。

### 【保険に関するお問い合わせ】損害保険ジャパン株式会社 福岡傷害保険金サービス課 (APCC 担当)

〒812-8668 福岡市博多区博多駅前 2-5-17 TEL:092-481-0930/FAX:092-481-5331