

NPO 法人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。後日、保険会社よりご記載の振込先へ医療費を入金させていただきます。

【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 :)
発病/事故発生日	2026 年 月 日 午前 ・ 午後 時頃

以下は、各病院のご担当者様にご記入をお願いします。

記入日 : 年 月 日

受診日・治療期間	2026 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、下記にお願いいたします。

【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: 042-420-2942