

NPO 法人アジア太平洋子ども会議・イン福岡（APCC）【薬局用】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ご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

治療期間	2026 年 月 日 ～ 月 日 (日間)
症状 (診断名)	
医療費 金額	
受診した薬局名 ※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