

医療機関各位

AOTS 研修生 受診に際してのお願い

AOTS の研修生が受診を希望しています。受付および医療費のお支払につきまして次の要領でお取扱いただけますと幸いです。何卒ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

受付に際して

AOTS研修生の診療に関する証明書		研修№No. 99999
氏名 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
受入企業 一般財団法人 海外産業人材育成協会		
研修期間 XXXX年XX月XX日 - XXXX年XX月XX日		
印/住所 XXXXXXXXXXXXXXX		
生年月日 XXXX.XX.XX	性別 XXXX	
発行年月日 XXXX年XX月XX日		

(一財) 海外産業人材育成協会
AOTS (HIDA)

「AOTS 研修生の診療に関する証明書」(医療カード)の提示を求めてください。

医療カードの有効期間は、研修期間です。受診日が有効期間内かご確認後、医療カードは研修生にご返却ください。

研修生個人別診療費請求書
(レセプト診療費請求書をご送付下さい)

一般財団法人海外産業人材育成協会 発

研修生氏名: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
受入企業: 一般財団法人海外産業人材育成協会
研修期間: XXXX年XX月XX日 - XXXX年XX月XX日

①AOTS研修生の診療に関する証明書(以下「医療カード」という)の提示を求め、本人確認をお願いします。
②医療カードの有効期間(研修期間)を確認してください。
③AOTSの研修生の診療にかかる医療費は、本人負担金額をも負担いたします。
④研修期間終了後の請求書は、本人負担金額をも負担いたします。
⑤請求書(請求書)は、本人負担の範囲に限りご送付する必要があります。
⑥請求書(請求書)は、研修期間終了後、研修生本人が提出する必要があります。
⑦請求書(請求書)は、研修期間終了後、研修生本人が提出する必要があります。
⑧請求書(請求書)は、研修期間終了後、研修生本人が提出する必要があります。

請求書の送付先は、研修期間終了後、研修生本人が提出する必要があります。
下記の住所に送付をお願いします。

1. 企業	2. 個人
銀行口座	口座 / 振込先(銀行)
請求者	実印/捺印

研修生氏名: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
受入企業: 一般財団法人海外産業人材育成協会
研修期間: XXXX年XX月XX日 - XXXX年XX月XX日

請求書の送付先は、研修期間終了後、研修生本人が提出する必要があります。
下記の住所に送付をお願いします。

〒104-0061 東京都中央区銀座5-12-5 白鶴ビル4F
TEL: 03-3549-3053 FAX: 03-3549-3055

研修生から「研修生個人別診療費請求書」が提出されます。研修生記入欄及び受入企業記入欄に、研修生氏名、症状、同行者氏名等必要事項が記入されているかご確認ください。

<医療費ご請求方法>

同請求書の診療費請求者欄及び振込先欄にご記入・ご捺印の上、保険診療に準じたレセプトを添付して、AOTSへご送付ください。

歯科診療の場合、請求書は診療・調剤された年度内の3月16日までに必ず届くようお送りください。

医療費のお支払

「研修生個人別診療費請求書」ご送付翌月末に、ご指定の銀行口座へお振込いたします。

AOTS の研修生には海外旅行保険を付保しています。医療費はご請求に基づき、AOTS が契約する損害保険会社(歯科診療費はAOTS)からお支払いたします。なお、本制度につきましては厚生労働省、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会に協力依頼をしております。

AOTS 研修生とは

一般財団法人海外産業人材育成協会(略称AOTS)が経済産業省より国庫補助金の交付を受け、開発途上国への技術協力の一環として行う研修事業のもと、日本の企業/団体の協力を得て受け入れている研修生です。

お問い合わせ先

一般財団法人海外産業人材育成協会(AOTS)
研修・派遣業務部 受入経理グループ
電話: 03-3549-3053 FAX: 03-3549-3055
住所: 〒104-0061
東京都中央区銀座5-12-5 白鶴ビル4F