

(レセプト=診療報酬明細書をご添付下さい)

一般財団法人海外産業人材育成協会 殿

診療費請求者	請求者名	
	住所	
	TEL	

医療機関へのご説明

- ①「AOTS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は医療カード記載の研修期間です。
- ③AOTSの研修生の傷病にかかわる医療費は、本人負担金額分を当協会が負担します。  
国民健康保険に加入の場合は本人負担金額、未加入の場合は全額をAOTSにご請求下さい。  
健康保険法(社保単独・本人用)の取扱いに準じてご診療下さるようお願いします。
- ④本請求書(「研修生個人別診療費請求書」)用紙に必要事項をご記入、ご捺印の上、レセプト(診療報酬明細書または調剤報酬明細書)を添えて当協会宛にご郵送下さい。
- ⑤ご請求費用は、海外旅行保険特約契約を締結している損害保険会社(歯科診療は当協会)から、ご指定の口座にお振込みいたします。
- ⑥**歯科診療の場合**、応急処置のための鎮痛、抜歯、充填、歯冠修理等の診療費に限り負担します。  
但し、国の単年度会計の制約上、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下さい。**
- ⑦本件については厚生労働省、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会のご承諾を戴いております。

貴協会研修生の傷病にかかわる(診療費、調剤費、立替金)として 円 \_\_\_\_\_ を請求致します。  
下記の口座宛にお振込み下さい。

振込先	銀行・信金		支店 / 金融機関コード:	支店コード:
	1. 普通	2. 当座	口座名義 (フリガナ)	
	口座番号			

研修生情報欄	Trainee No. (研修生番号)	Country of residence (居住国・地域)			
	Name in full (研修生氏名)	Date of birth (生年月日)	male(男)		
			female(女)		
Host Company (受入企業名)	The term of validity (有効期間)		From        /        /        To        /        /		

受入企業記入欄	傷病の内容	1. 主な諸症状	①熱がある	②下痢をする	
			③かゆみがある（発症部位：		）
			④体に痛みがある（発症部位：頭・耳・目・胃・腹部・腰・その他：		）
			⑤その他（		）
		2. 受傷・発病の日時	月	日	時頃
		3. 場所			
現認者		受入企業名：			
		所属部署名：		氏 名：	

**請求先および問合せ先:** 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  
〒104-0061 東京都中央区銀座5-12-5 白鶴ビル4階 TEL:03-3549-3053 FAX:03-3549-3055  
(参考)URL: <http://www.aots.jp/jp/ikusei/training/insurance.html>