

## メディカル・サポート・ハワイ 人工透析斡旋サービス申込書

\*まずは”ハワイで人工透析ご案内”の資料で＜事前確認＞の項目をご確認後、白色の枠部分を記入ください！

ローマ字				性別	弊社利用回数	
氏名				回目		
電話番号				ファックス		
携帯電話				E-mail		
生年月日(西暦)				年齢		歳
自宅住所 郵便番号からご記入ください						
日本の透析	ローマ字(病院名)			TEL:		
	病院・施設名			FAX:		
	ローマ字(英語表記で)			ローマ字		
	病院住所			担当医師名		
	透析導入日	年	日	透析時間	時間	
旅行情報	ハワイ到着日			滞在ホテル		
	ハワイ出発日					
	旅行代理店			滞在中の連絡先		
	緊急連絡先(氏名)	続柄		緊急連絡先(番号)		
回数	ハワイ滞在中の透析希望日 時間は希望の時間に○を付けてください。					
1	Honolulu	年	月	日	時間:	6:30    11:30    16:00
2		年	月	日	時間:	6:30    11:30    16:00
3		年	月	日	時間:	6:30    11:30    16:00
4		年	月	日	時間:	6:30    11:30    16:00
(注1): Honolulu(ホノルル)での透析は「カパフル透析センター」がベースとなります。						
帰国後 保険還付申請						
健康保険の種類健康保険の種類						
弊社にて現地クリニックに保険還付書類の作成依頼があった旨はお伝えしますが、ご本人様から透析当日に直接再確認してください。尚、健康保険の種類により申請用紙「Form A」&「Form B」のフォーマットが異なります。						
＜特記事項+ご質問欄＞					隔離室利用	
【承諾事項 & 免責同意書】				ハワイ滞在中の透析回数		
私は、Medical Support Hawaii (以降”貴社”と記載)のサービスを理解し、ハワイでの透析医療機関との仲介をする基本サービスとそれに関連するオプションサービスに申し込みます。この時、ハワイの透析医療機関が必要とする医療情報&支払いに関して貴社が代行して取り扱う事を承認致します。また私は貴社のキャンセルポリシーを理解し、キャンセルが発生した場合、これに従います。尚、貴社のこれらのサービスにより生じた損失、損害について、いかなる責任や賠償をも貴社に責任の追及をしたり、損害賠償請求をしないことに署名をもって誓約します。						
日付		年	日	名(サイン)		