

保障請求書並びに同意書

(※ビバピーダメディカルライフとの保険契約に基づき、保険金を請求します。

(Reimbursement Form for Medical Expenses / Formulário de Requirimento de Reembolso / Formulario para Requerir el Reembolso/ 請填妥下列所有項目・不要遺漏・如有遺漏・將不予受理)

氏名 / Name of member / Nome do(a) assegurado(a) / Nombre del asegurado(a) / 會員姓名(漢語拼音): _____ 証券番号 / Policy number / N° de Apólice / N° de Póliza / 證券編號: _____

生年月日 / Birthdate/ Data de Nascimento / Fecha de nacimiento / 出生年月: _____/_____/_____ 性別 / Gender / Sexo: 男/M 女/F

住所 / Address / Endereço / Dirección / 地址: _____

電話番号 / Tel.: _____ 申請金額 / Amount of reimbursement / Valor do Reembolso / Valor del Reembolso /申請補償的金額:¥ _____

傷害 (Accident / Acidente / Accidente / 事故傷害)

1. 事故発生日 / Date of Accident / Data do Acidente / Fecha del Accidente / 事故傷害發生日: _____/_____/_____

2. 事故発生場所 / Accident Location / Local do Acidente / Lugar donde ocurrió/ 事故傷害發生地: _____

3. 事故の様子 / How did the accident occur? / Como ocorreu o acidente / Cómo ocurrió el accidente / 發生了什麼樣的事故傷害?: _____

4. 目撃者有無 / Witnesses / Testemunha / Testigo / 當時跟您在一起的人或目擊者: 有/Yes 無/No

名前 / Name / Nome / Nombre / 姓名: _____

住所 / Address / Endereço / Dirección / 地址: _____

5. ケガの状態 / Describe the nature of injury/illness caused by accident / Descreva a natureza dos danos/lesões causados pelo acidente / Describa la naturaleza de los daños/lesiones causados por el accidente / 請具體描述由事故引起的傷害/疾病的症狀: _____

病気 (Illness / Doença / Enfermedad / 疾病)

1. 病名及び症状 / Describe the nature of illness / Descrever a natureza da doença / Describa la naturaleza de la enfermedad / 請具體描述疾病的症狀: _____

2. 他の保障はありますか? / Do you have any other insurance benefits? / Possui outras coberturas? / Tiene otras coberturas? / 如果您有加入其他保險・請詳細說明該保險所涵蓋的範圍及您所能得到的補償等

保障請求並びに診断内容に関する情報提供の同意署名

★この医療請求に関して、診断書の内容並びに診断、治療、検査などに関わる一切の内容につき当社が問い合わせを行い、内容を確認することに同意します。

★I agree for this insurance company to inquire and confirm all contents of the medical certificate, the diagnosis, treatment, examination, and all other contents related to this medical treatment claim. I hereby declare that all statements and answers provided are complete and true to the best of my knowledge. I authorize any doctor, hospital, clinic, pharmacy, insurance carrier, or government agency to provide information about this claim.

★Declaro que todas as informações mencionadas são verdadeiras e completar e aceito que a seguradora tenha permissão para entrar em contato direto com o hospital caso necessite de maiores informações sobre o tratamento.

★Declaro que toda la información mencionada arriba es verdadera y completa aceptando que la aseguradora tenga derecho a entrar en contacto con el hospital, para analizar el pedido de reembolso.

★關於本醫療申請・我同意貴公司就診斷書的內容及診斷、治療、檢查等所有相關情況進行查詢及內容確認。

日付 / Date / Data / Fecha / 日期: _____/_____/_____

本人署名 / Member's Signature / Assinatura do(a) Assegurado(a) / Firma del asegurado(a) / 本人簽名: _____

金融機関情報 (Bank Account / Dados Bancários / Datos del Banco/ 金融機關信息)

日本国内の振込口座を必ずご記入下さい / **Please fill in the necessary details / Preencher sem falta / Llenar sin falta** / 以下項目請務必填寫:

- Preencha abaixo os dados ou envie cópia de sua caderneta bancária. / Llenar abajo los datos del banco o la una copia de la libreta de ahorros (capa y contra pasta). / 下列內容如果沒有填寫，將導致無法支付補償金。如果您不清楚如何填寫，請將存折的復印件（拷貝）郵寄給我們。

銀行 / Bank / Banco / 銀行		郵貯 / Post Office / Correio / 郵局	
ご指定口座	NOME DO BANCO / BANK NAME / 銀行名		NOME DA AGÊNCIA / BRANCH NAME / 支行名
	銀行 (Guinko) 信用金庫 (Shinyo kinko) 信用組合 (Shinyo kumiai) 農 協 (Noukyou)		本 店 (honten) 支 店 (shiten) 出張所 (shuchojyo)
	預金種目 1.普通 (futsu) 2.当座 (touza)	店番号 Branch number n° da agência 本支行編號	口座番号 Account number n° da conta 帳號
フリガナ 口座名義人 Name nome 帳戶名義人			

郵便局	Branch number n° da agência 記号 記號	Account number n° da conta 番号 番號	
	フリガナ		
	口座名義人 Name nome 帳戶名義人		

重要事項

保障請求の際は、下記の書類に必要事項を記入の上お送り下さい。

- 診断書**（本紙表面）は医師の記入と署名。（当社と協定書をとりかわしている団体様につきましては、診断書の送付は不要です。当社からの求めがある場合のみ、お送り下さい。）
- 保障請求書並びに同意書**（本紙裏面）は被保険者又は代理人による記入と被保険者本人の署名。
- 金融機関情報**（本紙裏面）の記入。（日本国内の口座をご指定下さい）
- 領収書+診療明細書・調剤明細書の原本**（コピーは受付不可）
- 被保険者の身分証のコピー**（在留カード、パスポート[パスポートの場合は顔写真のページとビザ期限の分かるページを添付して下さい]）
 - 保障請求書類の到着後、15日営業日以内に指定された口座へ振り込みます。
 - 一傷病の治療に診断書1枚です。治療が継続中の場合は領収書+診療明細書・調剤明細書のみ送付下さい。

IMPORTANT

When sending a claim, please make sure to send the following:

- Medical Diagnosis Report** (front page) must be filled in and signed by the doctor in Japanese.
- Reimbursement Form for Medical Expenses** (back page) must be filled in and signed by the member
- Postal bank or other bank account details**
- All original receipts & detailed statement of medical account** (copies will not be accepted)
- Copy of Identification document** (passport, residence card)

●Within 15 business days after receiving all documents, VIVA VIDA MEDICAL LIFE Co., Ltd. will notify the details and pay the medical benefit, if any.

●Submit this form only once per any given illness. If you need to visit more than once for the same illness or injury, second set of form is not necessary. Just submit any additional receipts.

IMPORTANTE

É necessário enviar os documentos abaixo citados para requerimento de reembolso:

- Atestado Médico** (frente) devidamente preenchido e assinado pelo médico no Formulário da Seguradora;
- Formulário de requerimento de reembolso** devidamente preenchido e assinado pelo Assegurado;
- Dados da **Conta Bancária ou Conta do Correio**
- Recibo Original + Recibo Detalhado Original** dos gastos (não aceitamos cópias)
- Cópia do Documento de Identificação Pessoal do Assegurado** (zairyu card, passaporte).

●Caso aprovado o requerimento do reembolso, o valor do pedido será depositado no prazo de 15 dias úteis.

●É necessário somente 1(um) Atestado Médico por tratamento. Nos casos de continuação do tratamento, enviar somente os recibos pendentes.

IMPORTANTE

Es necesario enviar los siguientes documentos para solicitar un pedido de reembolso:

- Certificado Médico** (el formulario de la aseguradora), debidamente llenado y firmado por el médico;
- Llenar y firmar en el **Formulario para Requerir el Reembolso**
- Datos de la **Cuenta Bancaria o Correo**
- Adjuntar todas las **Facturas Originales + Facturas Detalhadas Originales** (no se aceptan copias)
- Copia del Documento de Identidad Personal del Asegurado (zairyu card, pasaporte).
 - En caso sea aceptado, el valor del reembolso será depositado en el plazo de hasta 15 días úteis.
 - Es necesario solo 1(un) Certificado Médico por tratamiento. En los casos de continuación del tratamiento, enviar solamente las facturas originales pendientes

重要事項

在申請醫療補償之際，請確認是否郵寄了如下資料:

- 由醫生用日文填寫並簽名的診斷書(正面)。
- 由會員填寫並簽名的醫療費用補償申請書(背面)。
- 銀行或郵局帳戶詳細信息。
- 所有原始收據＋醫療明細書(不受理復印件)。
- 在請醫院出具診斷書時請出示證件(護照、外國人登錄證)。如果沒有醫生簽名，您可能無法得到補償金，敬請注意。

注意事項:

● 在收到所需資料15個工作日內，我公司將對申請內容進行調查並告知申請人是否可提供補償以及可補償的詳細內容及醫療保險金的總金額。

● 一次傷病只需提交一份申請書。如果您需要因同一傷病就診一次以上，不需要提交第二份申請，只需補充提交醫療收據。

医療機関各位へのご注意並びにお願い

(株)ビバビーダメディカルライフ

(株)ビバビーダメディカルライフは主に日本で生活する外国人を対象とした保険会社です。

医療費請求に関しましては、当社の規定に従い対処致しますのでご確認下さい。

1. 本人確認について

残念ながら、被保険者になりすまし医療費の請求をする事件がまま発生しております。必ず顔写真のある身分証明書（在留カード、パスポート）で本人を確認の上、診断書表面の下部にある確認欄（※医療機関により、本人であることの確認をお願い致します。）にご記入ください。**確認印はシャチハタ、サイン、病院名ゴム印、押切でも結構です。**万が一不正請求があった場合、被害賠償を請求する事になる恐れもありますので、ご注意下さい。

2. 保障額について

一傷病の治療に合計1万円以上（実習生は5千円以上、留学生は3千円以上）掛かった場合に、医療費を保障します。保障額は保険プランにより80万円から最大160万円まで、期間は最大180日までで、1点10円までの保障となります。（免責事項等は、当社の規定によります）。

3. 医療費について

被保険者並びに運営上の負担を避ける為、又、保険料の公平かつ有効利用を目的として、医療費の請求については、**自由診療にても1点10円以内が保障対象となります。**

4. 診断書について（日本語で記入下さい）

同様に当社が保障する案件につきましては、診断書1通が必要となりますが、**診断書の費用は最大5,500円が保障限度となります。**診断書のご記入は、**日本語表記**で明確かつ明瞭で正確にお願い致します。また、外国人技能実習生、外国人留学生では、当社から診断書提出を依頼した場合のみ、診断書の作成をお願い致します。

5. 同意書について

この書類は同意書も兼ねており保険契約締結時にも個人情報開示の同意書がありますので、当社から診断書の内容、及び医療、治療についてお尋ねした場合、**速やかにご回答頂きます様ご協力下さい。**

6. 明細書について

診療明細書・調剤明細書を必ず発行してください。

7. ご不明な点は下記までお問い合わせ下さい。

住所： 〒242-0029 神奈川県大和市上草柳482-2-201

T E L : 046-265-6685 FAX : 046-265-6686

(株)ビバビーダメディカルライフ（平日 午前9時~午後6時）

日本語でご記入ください

診断書 (Atestado Médico / Medical Diagnosis Report / 診断書)

記入日： _____年 _____月 _____日 ご担当医師名： _____

患者氏名 _____ 生年月日 _____年 _____月 _____日

病 名 _____

1. 傷害または疾病の状態の詳しい説明 _____

2. 対象となる傷害/疾病の**発症時期**

医師推定 _____年 _____月 _____日 患者自己申告 _____年 _____月 _____日

3. 対象となる傷害/疾病の**発生時期（前臨床期の初めの時期）**はいつごろと推定されますか？

医師推定 _____年 _____月 _____日

4. **発生時期**不明の場合、**発生して**から現在の症状に至るまで、一般的にどれくらいの期間を要すると思われますか？

また先天性の可能性はありますか？ はい いいえ

5. 対象傷害/疾病が**発生する原因**が別にあると考えられますか？（既往症・持病・傷害等）

6. 上記 5 において、**発生（前臨床期の初めの時期）**から現在の症状に至るには、一般的にどれくらいの期間を要すると思われますか？

また先天性の可能性はありますか？ はい いいえ

7. 患者は過去に 2 に該当する傷害/疾病で治療を受けたことがありますか？（他の医療機関を含めて）

医療機関名 _____ 治療期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

8. 患者は過去に 5 に該当する同じ傷害/疾病で治療を受けたことがありますか？（他の医療機関を含めて）

医療機関名 _____ 治療期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

9. 治療期間 初診日 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

10. 患者はすでにこの症状から完治しましたか？ はい いいえ 加療中

11. その他特記すべき既往歴/持病はありますか？

病名 _____ 医療機関名 _____ 治療期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

12. その他留意点 _____

※医療機関により、本人であることの確認をお願い致します。

パスポートまたは在留カードにより患者が本人であることを確認しました。

確認日： _____年 _____月 _____日 確認者の印またはサイン _____

恐れ入りますが貴医療機関の情報をこちらにご記入下さい。

医療機関名： _____

住所： _____

電話番号： _____ FAX番号： _____

保険点数1点あたりの医療費： 1点 = _____ 円

※明細書付き領収書の発行をお願い致します。