4	-	
		٠
	•	
	•	
•		,

AUTHORIZATION

I HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN, OR OTHER PERSON WHO HAS ATTENDED OR EXAMINED ME, TO FURNISH TO THE COMPANY OR TO AUTHORIZED REPRESENTATIVE, ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO ANY SICKNESS OR INJURY, MEDICAL HISTORY, CONSULTATION, PRESCRIPTIONS, OR TREATMENT AND COPIES OF ALL HOSPITAL OR MEDICAL RECORDS, A PHOTO-STATIC COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

同 意 書 被保険者を診察または治療したすべての病院、医師および関係者が、保険会社またはその指名する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害の記録 を提供することを、下記署名人は承認いたします。なお、本書の写も本書と同じ効力があるものと認めます。

SIGNATURE OF INSURED OR CLAIMANT 被保険者または保険金請求者の署名捺印

ADDRESS 住所

NAME 氏名

TO:ATTENDING PHYSICIAN
PLEASE CONTACT THE NEAREST CENTER AS THE INSURER'S CLAIMS AGENT WHICH IS SHOWN IN THE BOOKLET THE INSURED BEARS WITH HIM/HER.

披保険者がお持ちの海外旅行傷害保険ハンドブックに保険会社のサービスセンターの連絡先が記載さ	れていますので、ご連絡ください。治療費用は被保険者に仕	けって保険会社よりお支払いいたします。		
ニューインディア保険会社 御中 TO:The New India Assurance Co.,Ltd. ATTENDING PHYSIC	CIAN'S STATEMENT 診断書			
PATIENT'S NAME 患者氏名	PATIENT'S DATE OF BIRTH 患者生年月日			
DATE OF ILLNESS (FIRST SYMPTOM) OR INJURY 症状があらわれた日	IS CONDITION DUE TO PREGNANCY ? 妊娠による疾病ですか?	妊娠による疾病ですか?		
DATE THE PATIENT FIRST CONSULTED YOU FOR THIS CONDITION 初診日	DESCRIBE ANY OTHER DISEASE AFFECTING PRE 他の疾患の影響はございますか?	□ YES □ NO DESCRIBE ANY OTHER DISEASE AFFECTING PRESENT CONDITION 他の疾患の影響はございますか?		
患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか? IF YES, DID PATIE	NOX. DATE いつ頃でしょうか? NT RECEIVE ANY TREATMENT FOR PRIOR SYMPTOMS BY 治療を受けましたか?	Y ANY DOCTOR?		
□ YES □ NO				
PERIOD OF YOUR TREATMENT	FROM TO DATE:			
STATE DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY 傷病名および経過				
NAME & ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (IF OTHER THAN HOME OR 他の機関で治療を受けた場合は、病院名、その住所	OFFICE)	DATE OF TRANSFER 転院日 DATE:		
DATE OF RECOVERY 治癒日				
WAS PROFESSIONAL NURSING REQUIRED ? 職業看護婦の付添が必要でしたか?	TO 至 □NO			
	RGES DATE OF SERVICE 費用 治療日	AMOUNT PAID 受領済金額		
		\$		
		¥		
		BALANCE DUE 未受領金額		
		\$		
TOTAL CHARGE \$ 合 計 ¥		¥		
(C)······ CONSULTATION 診察 (L)······ LABORATORY TEST 諸検査	(S)······ SURGERY 手術			
(X)······ X-RAY EXAM X線検査 (M)······ MEDICINES 医薬費 (OT)··· OTHERS その他	(A)······ ANASTHETICS 麻酔費			
DATE 日付		<u> </u>		
ADDRESS 住所、TEL				
	ATTENDING PHYSI	CIAN 担当医		

			AUTH	IORIZATIO
LITHODITE	ANIX LICODITAL	DUDYOLOIANI	OD OTHER	DEDOOM WILLO

AUTHORIZATION

I HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN, OR OTHER PERSON WHO HAS ATTENDED OR EXAMINED ME, TO FURNISH TO THE COMPANY OR TO AUTHORIZED REPRESENTATIVE, ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO ANY SICKNESS OR INJURY, MEDICAL HISTORY, CONSULTATION, PRESCRIPTIONS, OR TREATMENT AND COPIES OF ALL HOSPITAL OR MEDICAL RECORDS, A PHOTO-STATIC COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

同意書 被保険者を診察または治療したすべての病院、医師および関係者が、保険会社またはその指名する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害の記録 を提供することを、下記署名人は承認いたします。なお、本書の写も本書と同じ効力があるものと認めます。

SIGNATURE OF INSURED OR CLAIMANT 被保険者または保険金請求者の署名捺印

り線

O:ATTENDING PHYSICIAN				
LEASE CONTACT THE NEAREST CENTER AS THE INSURER'S C		SHOWN IN THE BOOKLET TH	E INSURED BE	ARS WITH HIM/HER.
HE INSURER WILL PAY THE MEDICAL EXPENSES ON BEHALF O		ナのマ ち体をとだよい 小井井田	444 (CIR) 151 - (1)4.	. 7/00004 Lb #1+41 1 1 + 1 +
保険者がお持ちの海外旅行傷害保険ハンドブックに保険会社のサービスセン	ターの連絡先か記載されていま	:すので、ご連絡くたさい。 岩原資用	る依保陝省に代わ	って保険会社よりお支払いいたしま
U.THE NEW ITUIA ASSURANCE CO.,L.LU.	IG PHYSICIAN	'S STATEMENT	診断書	
ATIENT'S NAME 製着氏名		PATIENT'S DATE OF BIRTH 患者生年月日		
SELVO	1	58X470		
ATE OF ILLNESS (FIRST SYMPTOM) OR INJURY		S CONDITION DUE TO PREGNANC	Υ?	
状があらわれた日	7	妊娠による疾病ですか?	1	YES NO
ATE THE PATIENT FIRST CONSULTED YOU FOR THIS CONDITION		DESCRIBE ANY OTHER DISEASE A	FFECTING PRESE	NT CONDITION
聯日	ľ	他の疾患の影響はございますか?		
IAS PATIENT EVER HAD SAME OR SIMILAR SYMPTOMS?	IF YES, GIVE APPROX. DAT	E いつ頃でしょうか?		
長者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか?				
	IF YES, DID PATIENT RECEI 以前の症状で実際に治療を受	IVE ANY TREATMENT FOR PRIOR ! けましたか?	SYMPTOMS BY A	NY DUCTUR?
□YES □NO				
ERIOD OF YOUR TREATMENT OUT PATIENT	外来 FROM		TO	
台療の期間 □ HOME VISIT	往診		10	
□ HOSPITALIZATI TATE DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (集病名および経過	ON 入院 DATE:			
TATE BIAGNOSIS STITUTIONE STILENESS STITUSSTIT MANYESSAS MEM				
IAME & ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (IF OT 他の機関で治療を受けた場合は、病院名、その住所	HER THAN HOME OR OFFICE)			DATE OF TRANSFER 転院日
				DATE:
DATE OF RECOVERY 台鄉日			'	
WAS PROFESSIONAL NURSING REQUIRED ? 歳業看護婦の付添が必要でしたか? □ YES FROM 自	ТО	至	□ N0	
FULLY DESCRIBE PROCEDURES, MEDICAL SERVICES OR	CHARGES	DATE OF SE		AMOUNT PAID
SUPPLIES FURNISHED 治療内容を記述してください	治療費用	治療E	-	受領済金額
				\$
				¥
				<u> </u>
				BALANCE DUE
				未受領金額
				\$
TOTAL CHARGE \$				
合計 ¥				¥
C) CONSULTATION 診察 (L) LABORATORY TEST	諸検査 (S) S	SURGERY 手術		
X)······ X-RAY EXAM X線検査 (M)······MEDICINES 医薬費	(A) A	NASTHETICS 麻酔費		
OT)… OTHERS その他				
DATE 日付				
DDRESS 住所、TEL				
		SIGNATURE 署名		
		OIUNATUKE 看名		

ATTENDING PHYSICIAN 担当医

病気、ケガの場合のみご記入し てください。

/ 住所は日本の現住所をご記入し てください。

捺印はローマ字でサインをする ことで省略できます。

→ 現地の病院で記入してもらって ください。病院備付けの診断書 でも結構です。