

Information and Payment Agreement for Overseas Patients (Outpatient Services)

【外来患者用】

外国人患者さま向けご案内・支払い同意書（兼 個人情報取扱い通知）

Medical Fees and Payment

Our hospital provides medical services on a self-pay basis for patients who are not covered by Japanese public health insurance.

本院では、日本の公的医療保険に加入されていない方は、自由診療（自費診療）として医療サービスを提供しております。

The medical fee may include, but is not limited to the following items:

診療費には、以下の項目またはそれ以外にも含まれる場合があります。

Medication / Injection / Procedure / Laboratory Tests / Imaging / Outpatient Visit Fee / Physician Fee / Medical Management Fee / International Service Fee / Consumption Tax

診療費には薬剤費、注射料、処置料、検査料、画像検査料、外来診察料、医師診療料、医学管理料、国際患者対応費、消費税などが含まれる場合があります。

Payment is generally required on the day of the visit and can be made by cash or credit card.

診療費は原則として当日のお支払いをお願いしております。お支払い方法は現金またはクレジットカードをご利用いただけます。

When Direct Billing through an insurance company is requested, confirmation with the insurance provider may be required. The hospital may also request credit card authorization or other payment guarantee if necessary.

保険会社による Direct Billing（医療費直接請求）をご希望の場合、保険会社への確認が必要となる場合があります。また必要に応じてクレジットカード登録等の支払い保証をお願いすることがあります。

If you anticipate difficulty making payments, please inform our staff as soon as possible. International Patients Service Staff will explain available payment procedures and options.

お支払いが難しい場合は、できるだけ早めにスタッフへご相談ください。お支払い方法や手続きについて国際患者サービスのスタッフがご案内いたします。

Unpaid Medical Fees and Data Sharing

医療費未払いが発生した場合

In Japan, to prevent unpaid medical bills by overseas visitors, certain personal data may be provided to relevant government authorities if medical fees remain unpaid.

日本では、訪日外国人の医療費未払いを防止するため、未払いが発生した場合に個人情報を官公庁へ提供することがあります。

Authorities may include the Ministry of Health, Labour and Welfare and the Immigration Services Agency of Japan.

提供先には厚生労働省および出入国在留管理庁等が含まれます。

Information that may be shared includes: name, nationality, gender, date of birth, passport number, invoice date, unpaid amount and period of non-payment.

提供される情報：氏名、国籍、性別、生年月日、パスポート番号、請求日、未払い金額、滞納期間。

This information will be used only for purposes related to immigration screening concerning unpaid medical fees.

これらの情報は未払い医療費に関連する入国審査の目的のみに使用されます。

Patient Acknowledgement

患者さまの同意

I confirm that I have read and understood the above information regarding medical fees and payment.

私は、上記の診療費および支払いに関する説明を読み、内容を理解したことを確認します。

I understand that the above items, including the International Service Fee, are part of the total cost.

医療費の総額には、国際対応費（International Service Fee）を含む上記の項目が含まれることを理解しました。

I agree to be responsible for the payment of all medical expenses incurred and to pay the medical fees using the method explained to me.

私は、発生するすべての医療費の支払い責任を負い、説明を受けた支払い方法に従って医療費を支払うことに同意します。

I understand that my personal information may be provided to the authorities in the event of non-payment of medical fees.

未払いが発生した場合、私の個人情報が関係当局へ提供される可能性があることを理解しました。

Signature

Patient Signature: _____

患者署名（ご本人）

Name: _____

氏名

Passport No.: _____

パスポート番号

Date of Birth (YYYY-MM-DD): _____

生年月日

Date (YYYY-MM-DD): _____

同意した日付

If signed by a legal representative:

法定代理人が署名する場合

Name of Representative: _____

代理人氏名

Relationship to Patient: _____

患者との関係

Signature of Representative: _____

代理人の署名

Interpreter Used (if applicable): ☐ None ☐ Yes (Language: _____)

通訳利用: ☐ なし ☐ あり (言語: _____)

Contact

International Patient Services 国際患者サービス

Email: international@kameda.jp

Staff (For Hospital Use): _____

受付担当 (院内確認用)