

個人情報の取り扱いに関する同意書

Patient's Label

氏名

キャッシュレスメディカルサービスとは、保険金支払い対象となる病気やけがで治療を受けた場合に、患者様へ治療費の請求をせずに、病院からご加入の保険会社に直接治療費を請求するサービスです。

当院での全ての治療がキャッシュレスメディカルサービスの対象になるわけではありません。次の場合にはキャッシュレスメディカルサービスをお断りする場合があります。

- ・保険証券をお持ちでない場合
- ・保険の契約内容により、保険金のお支払い対象とならないケガ、病気、事故に該当する場合、または、保険金の支払い対象となるケガ、病気、事故であることが確認できない場合

主なケースは次の通りです

- ・いわゆる「持病」「既往症」等、ご旅行開始前に発病している疾病
- ・妊娠、出産、早産または流産およびこれらに基づく疾病
- ・「虫歯」「歯槽膿漏」等の歯科疾病
- ・自殺行為、闘争行為、または犯罪行為によるケガ
- ・酒酔運転または無資格運転中に生じた事故によるケガ
- ・保険期間外に発症、受傷した場合
- ・病気の場合は医療機関での治療開始日から、ケガの場合は事故の発日から 180 日を超えた場合

また、保険金の支払い対象となるかどうかの最終判断は保険会社が行います。キャッシュレスメディカルサービスを提供させていただくことが、保険金が支払われる保証とはなりません。万が一保険会社が保険適用外と判断した場合、クリニックでの治療費は後日患者様に請求させていただきます。

上記の説明を受けた上で、キャッシュレスメディカルサービスを受けるにあたり下記に同意します。

私は、私を治療した病院・医師を代理人と定め、傷害・疾病に関わる保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限を委任します。また、私を診察・治療したすべての医療関係者が、私に関するすべての傷害・疾病の記録を保険会社又はその指名する者へ提供することに同意します。

また、私は、貴院での診察・治療が保険対象の事案であるかどうかの最終判断は保険会社が行なうことを理解し、万一この傷害・疾病が保険金の支払いの対象にならない場合には、私が治療費用を保険会社又は貴院に支払うことを確約します。

日付 年 月 日

署名