

ID	氏名

## 医療情報開示同意書

## CONSENT TO THE RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Personal information of patients who are not enrolled in Japan's public health insurance system may be shared with the following third parties:

1. Travel agencies, insurance companies, and organizations or individuals involved in billing for medical services.
  2. The Ministry of Health, Labour and Welfare, Immigration Services Agency and other public authorities which engage in operations concerning entry of the patient into Japan
- \* Our institution may entrust debt collection to OVAG, an international cross-border debt recovery agency, in case of non-payment of medical expenses.

日本の公的保険に加入されていない患者様の個人情報、診療に係る医療費をお支払いいただけない場合には、以下の第三者に提供することがあります。

1. 旅行会社/代理店、保険会社および診療に関わる医療費の請求業務に従事する組織および個人
2. 厚生労働省、出入国在留管理庁その他患者様の日本入国に関わる業務に従事する官公署

※当施設は、医療費が支払われない場合に、国際的な越境債権回収業務を行う OVAG という代行会社へ債務回収業務を委託する場合があります。

I hereby give my consent for the provision of my personal information to third parties as described above. A photocopy of this form shall be considered as valid and effective as the original. If the patient is under 20 years of age, please provide the name of a parent or legal guardian.

上記のとおり、私の個人情報が第三者に提供される場合があることに對し、同意します。また、本書のコピーも原本と同じ効力があることを承諾します。未成年の患者の場合は、親もしくは認められた保護者の名前を記入してください。

Name of Patient 患者氏名	/	Date of Birth 生年月日 yyyy / mm / dd
Name of Representative 代理人の名前	/	Relationship / 関係
Signature 署名	/	Date 日付 yyyy / mm / dd
Name travel agency or insurance company 旅行会社または保険会社名		