

保険請求に関する同意書
Annual Physical Exam Insurance Claim Agreement

保険請求をご希望の方は、下記をお読みになって同意をお願いします。

- お持ちの保険のプランで必ずしもご希望の全ての項目がカバーされることは一概にお約束できません。お持ちの保険によって差額が発生した場合は、ご自身が負担することとなり、請求書が届きます。保険でカバーされないすべてのサービスに対する最終的な支払い責任は、ご自身であることをご理解ください。
- 当院では具体的な自己負担額はお調べ出来ません。
- 血液検査含む、外部施設をご使用の場合、それぞれの施設より請求書が届きます。
- 再診での結果報告をご希望される場合は、診察扱いとなり、保険に請求させていただきます。ご自身の保険の内容によっては差額や Co-Pay が発生いたしますことご了承ください。

If you wish to process your physical exam through the insurance, please read the following agreement and sign.

- We cannot guarantee that all services rendered will be covered by your insurance plan. If your insurance carrier rejects a claim or only approves a portion of the amount billed, you will receive an invoice for the remaining balance, which you will be responsible for. Please note you are ultimately responsible for payment for all services not covered by your insurance plan.
- This clinic cannot obtain specific prices for your procedure through your insurance plan.
- In case of external facility utilization for any examination options, you will receive an invoice from each respective facility. The blood test laboratory will be treated as an external facility, so you will receive a separate invoice from them as well.
- If you choose to obtain physical examination results via follow-up appointment, we will bill your insurance for an office visit. Please note you will be responsible for a co-pay, co-insurances, and/or deductibles (if applicable).

I, _____ have read and understand the agreement above.

Print Name

私は、上記を理解し、

I authorize Osato Medical Clinic to bill my insurance.

保険請求に同意します。

サイン/Signature

日付/Date