

参考資料 1 1 : 医療費未払い対策マニュアル (改訂版)

訪日外国人旅行者用の医療費未払い対策マニュアルをご提供いたします。

このマニュアルは、訪日外国人旅行者の受け入れ実績のある多くの医療機関からお聞きした有益な取り組み等を記載させていただいております。訪日外国人旅行者の医療費の未払い対策の一つとしてご活用いただければ幸いです。

医療費未払い対策マニュアル

平成 2 9 年 3 月 改訂版

－ 目 次 －

1. 治療費を支払ってもらふことの大切さ	・ ・ ・ ・ ・ P. 2
2. 治療費が支払われないケースを知っておこう	・ ・ ・ ・ ・ P. 3
3. 来院時の対応	・ ・ ・ ・ ・ P. 4
4. 治療期間中の対応	・ ・ ・ ・ ・ P. 5
5. 退院時の対応	・ ・ ・ ・ ・ P. 6
6. 退院後から未払い金の支払期日までの対応	・ ・ ・ ・ ・ P. 7
7. 支払期日の翌日～その後3か月までの対応	・ ・ ・ ・ ・ P. 8
8. 3か月経過後～6か月までの対応	・ ・ ・ ・ ・ P. 9
9. 6か月経過後～の対応	・ ・ ・ ・ ・ P. 10

1. 治療費を支払ってもらうことの大切さ

- ① 治療費は、病院の全てのメンバーが行う役務の提供やサービス、また、病院施設をご利用いただいたことへの対価です。
- ② この病院を必要とする多くの患者の皆様方に、よりよい治療や、よりよい環境での入院等を行っていただくには、患者の皆様方に治療等に要した費用についても十分に「ご理解」と「ご納得」をしていただき、「平等」にお支払いいただくことが必要です。
- ③ これは、訪日外国人旅行者においても同じことです。しかしながら、訪日外国人旅行者につきましても、言語の問題や、治療等に対する考え方の違い、更には治療費が自由診療のため全額自己負担となるなど、いくつか異なる課題もあります。
- ④ また、患者様が治療費の一部を支払わずに退院された場合には、その督促・回収や日々の未払い金の入金管理など新たな業務が発生し、病院としても多大な時間と費用がかかることとなります。
- ⑤ このため、私たちは、患者様の来院時から考えられる限りの十分なコミュニケーションを取っていく必要があります。また、病院全体が一丸となって、患者様の退院時には未払い金が発生しないための（＝退院時までには治療費全額をお支払いいただく）、できる限りの対応を行うことが大切です。

① 言語の問題

→来院から退院時まで、受付・治療・会計など色々な場面にて患者様とのコミュニケーションがとても重要です。その為にも患者様とコミュニケーションできる言語での対応は不可欠となっています。自前にて通訳者を手配する方法も有益ですが、現在は24時間電話対応できる医療分野を得意とする通訳会社もあります。医療費の未払いを軽減・防止するには、受付・会計でもこれらの通訳サービスを活用することはとても有益な対策であり、実際に未払いを防止できた病院もあります。

- ② 治療費が高額で支払うことができない。医療内容に不満がある。など
→他の病院にて実際に行っている取り組み等を参考として、次頁以降に対応策をまとめてみました。
- ③ お金の持ち合わせがない。支払う意思がない。など
→他の病院にて実際に行っている取り組み等を参考として、次頁以降に対応策をまとめてみました。

2. 治療費が支払われないケースを知っておこう

- 言語の問題により、十分にコミュニケーションが取れないケースがあります。
 - ※自前にて通訳者を手配したり、24時間電話対応できる医療分野を得意とする通訳会社を活用するなどの対応策があります。
- 患者様の居住国との物価水準の違い等から、治療内容やその治療費の額について、患者様にご理解・ご納得がいただけないケースがあります。また、訪日外国人旅行者の医療費は自由診療となり全額自己負担となり高額化します。
 - ※海外では（特に医療保険制度が充実していない国では）、治療前に、保証金を預かったり、支払方法・支払い見込み等が確認できた後に治療を開始する国があります。
 - ※国内では、特に一時的に入国している外国人旅行者へは、医療費の支払いが退院までに完了する患者様か否かの状況を確認しつつ、支払いが困難となりそうな場合には、その後の治療方法やそれにかかる金額を示したうえで、患者様に治療方法等について選択等していただいている病院があります。その際、支払い方法等についても確認しています。
- 旅行中であり手持ち資金がないことや、支払いについてまず「NO（＝できない）」から切り出されるケースがあります。
 - ※訪日外国人旅行者は、退院後近日中に日本から出国する可能性が高く、旅行者が退院するまでに医療費のお支払いを完了させる必要があります。このためには、入院中の患者様といえども、週単位など都度支払いを行っていただくなどの対応を講じることも大切です。
 - ※患者様が海外旅行保険に加入している場合には、入院中にこの保険会社からの支払いに関する承諾をFAXにて取り付けておくことが大切です。
 - ※国内では、カード決済や同伴者達の立替（各人からのカード決済など）、更には本国からの送金などにより、治療費の支払いが行われた例もあります。
 - ※国内在住の親戚や友人等へ連絡を取り、来院いただくなどの対応を行っている病院もあります。
 - ※また、患者様のパスポートや本国の身分証明書のコピー等を取り付け、毅然とした態度で支払いを要求するとともに、対応に苦慮する場合には、大使館や領事館などへ連絡している病院もあります。

3. 来院時の対応

☆＜対応必須事項＞☆

コミュニケーション可能な言語にて、患者様へ治療費の支払い方法や支払い者を確認します。海外旅行保険の加入の有無等を確認します。それぞれ確認した内容を書面にて記録し共有化していきます。

＜コミュニケーションと各種確認作業等が重要となります。＞

- ① 患者様の居住国、コミュニケーション可能な言語、日本での滞在先・滞在期間、同伴者等を確認します。
- ② コミュニケーション可能な言語にて、日本の医療水準は高いが費用も相応のものになることを来院の患者様へご理解していただきます。また、治療費の支払い方法や支払い者を確認します。
- ③ 必要に応じて、受付時に治療費の支払いに関する誓約書の取り付けや（または準備）、パスポートおよび本国の身分証明書のコピーの取り付けを行います。
- ④ 救急等にて患者様ご本人への対応ができない場合には、同伴者から①②（必要に応じて③）の確認と理解を得るようにします。
- ⑤ 患者様との医療費等に関する病院側の相談窓口（担当者）を明確化します。
- ⑥ 海外旅行保険に加入の場合、直ちにこの保険会社へ連絡するように依頼するとともに、この保険会社の連絡先や担当者などを確認します。
- ⑦ ウォークインのケースで、予め治療費の概算がわかる場合などは、受付時に前払い（一時預かり）していただく対策を取っている病院もあります。

4. 治療期間中の対応

☆《対応必須事項》☆

入院の場合、医療費の支払い者へ支払い方法やその確実性について確認します。また、場合によっては分割などの方法も検討します。(海外旅行保険等にご加入の場合) 保険会社から支払い承諾書を取り付けます。確認した内容・その実施状況を書面にて記録し共有化していきます。

〈未払いを発生させない最大のポイントは、病院内に患者様がいる間に精算していただくことです。〉

- ① 発生した治療費については、当日に支払っていただきます。患者様本人にて支払い（カード決済を含む）が完了しない場合には、同伴者からの立替（カード決済を含む）を依頼または提案します。また、銀行からの引き出しなども依頼します（病院外に出る際は同行が必要です）。
- ② 入院する場合は、今後の治療方法やその費用等について、患者様および同伴者へ説明し、支払い方法やその確実性について確認します。また、保証金を取るようにします。そのうえで、発生した治療費については週単位等にて支払っていただくなど、未払い金が退院時に精算できる範囲内としておくことが重要です。
- ③ 海外旅行保険にて支払いを受ける場合には、引受保険会社の支払いに関する承諾書を FAX にて取り付けます（なお、状況に応じては一時立替払いを患者様へ依頼した方がよい場合もあります）。

5. 退院時の対応

☆＜対応必須事項＞☆

退院時には、未払い金の全額を精算していただきます。できるだけ対応を行っても未払いが発生する場合には、患者様から所定の誓約書やパスポート等のコピーを不備なく取り付けます。また、誓約書を用いて連帯保証人の取付も原則として行います。

＜すべての患者様から「平等」に治療費をお支払いいただくために、気持ちを強く持って、丁寧に対応します。退院する前までに精算いただくためには、病院内の連携や一丸となった対応が重要です。＞

- ① 治療費の請求書を患者様へ渡せるように事前に準備しておきます。病院内の各部署からの請求漏れがないことを確認しておきます。また、事前にお伝えしていた金額と異なる場合には十分に説明しご理解を得るようにします。
- ② 必要に応じて、国内在住の親戚や友人等へ連絡を取り、来院いただくなどの対応を行っている病院もあります。
- ③ 支払いが完了するまでは、病院関係者が患者様に付き添うようにします。(逃亡等の防止) 例えば、医事課と看護師が連携するなど、必ず誰かが同行して会計場所まで案内し支払いが完了するまで立ち会っている病院もあります。
- ④ 患者様本人にて支払い(カード決済を含む)が完了しない場合には、同伴者に立替(カード決済を含む)をいただくなど依頼または提案します。また、銀行からの引き出しを依頼します(病院外に出る際は同行が必要です)。
- ⑤ できるだけ対応を行っても未払いが発生する場合には、患者様および同伴者の支払い意思を再度確認し、「出国または○日以内(例えば7日)のいずれか早い日までに」支払う旨を約定する所定の誓約書を差し入れていただきます。同伴者には連帯保証人になっていただき、ご本人および同伴者のパスポートや本国の身分証明書のコピーも取り付けます。この場合でも後日払いの金額は極力最小限とするように対応します。患者様と連帯保証人を交えて、誓約書の内容について確認します。また、その場から、出国までの滞在先へ連絡し、患者様本人の国内での所在地を確認します。

6. 退院後から未払い金の支払期日までの対応

☆《対応必須事項》☆

必ず、出国までの間に、患者様へ電話し、未払い金の支払い確認をします。
また、その確認した内容等を書面にて記録します。

〈未払い金については発生直後から徹底した督促と回収を行うことが重要です。また管理台帳等の作成や督促等の記録の作成も重要です。〉

- ① 退院後直ちに誓約書をもとに未払い金の管理台帳等を作成します。
- ② 翌日、誓約書を取り付けた病院の担当者（または多言語対応できる者）から患者様へ電話し、支払いの確認を行います。確認した記録を書面にて記録します。
- ③ 誓約書に記載の支払期日の前日までに再度電話にて支払いの確認を行います。確認した記録を書面にて記録します。

7. 支払期日の翌日～その後3か月までの対応

☆＜対応必須事項＞☆

以下の①②に記載したことは、すべて対応必須事項です。

①病院内にて、未払い金についての定期的な管理を行います。

a. 支払期日の翌日に入金確認をします。入金状況について管理台帳等へ記録します。

b. 支払期日の翌日までに入金がない場合には、その後、入金があるまで、以下の②の定期的な督促等を行います。また、その行動記録を管理台帳等へ記録します。

c. 国や自治体の補償制度や(海外旅行保険等にご加入の場合)保険会社等からの支払いが可能なものがあるか確認します。ある場合には支払い請求等を行うとともに、管理台帳等へ記録します。

d. 督促・回収を担当する職員を配置するなど、定期的かつ継続的に対応できるようにします。

②患者様とその連帯保証人へ定期的な支払い督促等を行います。また、その行動記録を管理台帳等へ記録します。

a. 支払期日経過後1週間以内に、患者様へメールまたは手紙にて支払い確認を行います。(誓約書コピーを同封します。)

b. 支払期日経過後1か月以内に、国際電話にて支払い確認を行います。(送金確認または送金予定日等を確認します。)

c. 支払期日経過後毎月1回は国際電話にて支払い督促を行います。また、2か月に1回はメールまたは手紙にて支払い督促を行います。その際、すみやかに支払いがなされない場合には、連帯保証人へも督促・回収する旨を伝えます。

d. 支払期日経過後2か月以内に連帯保証人へ国際電話またはメール・手紙のいずれかの方法にて支払い督促を行います。

e. 支払期日経過後2か月に1回は連帯保証人へ国際電話、メールまたは手紙のいずれかの方法にて支払い督促を行います。

f. 海外旅行保険等からの支払いが遅延している場合には、引受保険会社の日本支店または本社等に電話して支払い督促を行います。

＜未払い金について、定期的な管理と継続的な督促(電話・手紙等)・回収が重要です。管理台帳等への行動記録の記載も重要です。＞

8. 3 か月経過後～6 か月までの対応

☆＜対応必須事項＞☆

以下の①②に記載したことは、すべて対応必須事項です。

①病院内にて、未払い金について定期的な管理を行います。

a. 定期的に入金確認をします。毎月末時点での未入金状況は管理台帳等にて把握可能な状況にしておきます。

b. 支払期日の翌日から3か月以内に入金がない場合には、その後、入金があるまで、以下の②の定期的な督促等を行います。また、その行動記録を管理台帳等へ記録します。

c. 国や自治体の補償制度や(海外旅行保険等にご加入の場合)保険会社等からの支払いが完了していない場合には、その入金予定日等を再度確認します。また、管理台帳等へ記録します。

d. 督促・回収を担当する職員を配置するなど、定期的かつ継続的に対応できるようにします。

②患者様とその連帯保証人へ定期的な支払い督促等を行います。また、その行動記録を管理台帳等へ記録します。

a. 毎月1回は国際電話にて支払い督促を行います。また、2か月に1回はメールまたは手紙にて支払い督促を行います。

b. 支払期日経過後2か月に1回は連帯保証人へ国際電話、メールまたは手紙のいずれかの方法にて支払い督促を行います。

c. 海外旅行保険等からの支払いが遅延している場合には、引受保険会社の日本支店または本社等に電話して支払い督促を行います。

d. 弁護士やサービサーに委託した回収等についても検討します。また、その検討結果や委託を実施する場合にはその回収状況等を管理台帳等へ記録します。

＜未払い金について、定期的な管理と継続的な督促(電話・手紙等)・回収が重要です。管理台帳等への行動記録の記載も重要です。＞

9. 6 か月経過後～の対応

☆＜対応必須事項＞

以下の①②に記載したことは、すべて対応必須事項です。

①病院内にて、未払い金について定期的な管理を行います

- a. 定期的に入金確認をします。毎月末時点での未入金状況は管理台帳等にて把握可能な状況にしておきます。
- b. 支払期日の翌日から6か月以内に入金がない場合には、その後、入金があるまで、以下の②の定期的な督促等を継続します。また、その行動記録を管理台帳等へ記録します。
- c. 国や自治体の補償制度や（海外旅行保険等にご加入の場合）保険会社等からの支払いが完了していない場合には、その入金予定日等を再度確認します。また、管理台帳等へ記録します。
- d. 督促・回収を担当する職員を配置するなど、定期的かつ継続的に対応できるようにします。

②患者様とその連帯保証人へ定期的な支払い督促等を行います。また、その行動記録を管理台帳等へ記録します。

- a. 毎月1回は国際電話にて支払い督促を行います。また、2か月に1回はメールまたは手紙にて支払い督促を行います。
- b. 支払期日経過後2か月に1回は連帯保証人へ国際電話、メールまたは手紙のいずれかの方法にて支払い督促を行います。
- c. 海外旅行保険等からの支払いが遅延している場合には、引受保険会社の日本支店または本社等に電話して支払い督促を行います。
- d. 弁護士やサービサーに委託した回収等についても検討します。また、その検討結果や委託を実施する場合にはその回収状況等を管理台帳等へ記録します。

＜未払い金について、定期的な管理と継続的な督促（電話・手紙等）・回収が重要です。管理台帳等への行動記録の記載も必要です。＞

参考資料 1 2 誓約書 (多言語版)

誓 約 書

医院／病院

院長 _____ 殿

私 _____ <債務者>は、貴医院／病院に対して、下記の医療費を支払うべき債務を負担していることをここに確認します。つきましては、下記の支払期日までに、持参または下記の送金口座への送金にて、全額をお支払いすることを約束します。

また、私が、下記の支払期日までに全額の支払いが完了しない場合には、私の個人情報や治療等に関する全ての情報を、貴医院／病院が、下記の医療費の回収等のために第三者へ提供すること、また当該第三者が必要な範囲で別の者へ提供することについて同意します。

記

1. 医療費： _____ 円
2. 支払期日：日本からの出国日または本日から7日以内のいずれか早い日
3. 送金口座：

(銀行名/支店名)
(銀行の支店住所)
(口座種目)
(受取口座番号)
(受取人名)
(受取人住所)
(SWIFT コード)

<債務者>

氏名：

生年月日：

国籍：

パスポート番号（※パスポート写の取付①氏名・番号・写真のある頁、②入国スタンプのある頁）：

居住先住所が記載された身分証明書番号（※身分証明書写の取付○住所・氏名・番号のある頁）：

日本での滞在先：宿泊先名

住所

電話

本国での居住先：住所

電話

携帯

本国での勤務先：会社名

住所

電話

※本誓約書の適用および解釈については日本国法を準拠法とすること、ならびに、本誓約書に付随または関連する一切の紛争については東京地方裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とすることに同意します。ただし、私の本国が日本の裁判所の判決が執行できない可能性がある国・地域である場合、

上記の専属的管轄の合意にかかわらず、私の本国の裁判所において訴訟の提起等を受けることについて一切の異議を述べません。

日付 / <債務者>サイン： _____ / _____ / _____

上記債務者が支払いを怠ったときには、_____ は連帯保証人として本誓約書に基づく上記債務者の一切の債務について同人と連帯して支払いの責任を負い、貴医院／病院に対して一切の損害をかけないことを約束します。

また、貴医院／病院が、私の個人情報を下記の医療費の回収等のために第三者へ提供すること、また当該第三者が必要な範囲で別の者へ提供することについて同意します。

<連帯保証人>

氏名：

生年月日：

国籍：

パスポート番号（※パスポート写の取付①氏名・番号・写真のある頁、②入国スタンプのある頁）：

居住先住所が記載された身分証明書番号（※身分証明書写の取付○住所・氏名・番号のある頁）：

日本での滞在先：宿泊先名

住所

電話

本国での居住先：住所

電話

携帯

本国での勤務先：会社名

住所

電話

※本誓約書の適用および解釈については日本国法を準拠法とすること、ならびに、本誓約書に付随または関連する一切の紛争については東京地方裁判所を第一審の専属的合意管轄裁判所とすることに同意します。ただし、私の本国が日本の裁判所の判決が執行できない可能性がある国・地域である場合、上記の専属的管轄の合意にかかわらず、私の本国の裁判所において訴訟の提起等を受けることについて一切の異議を述べません。

日付 / <連帯保証人>サイン： _____ / _____ / _____

以 上

Written Oath

Clinic/Hospital

To the Director of this clinic/hospital, _____.

I, _____ (debtor), hereby confirm my responsibility for the following medical expenses which I have incurred at this clinic/hospital, and promise to pay the total amount of my medical expenses in person or to following remittance account.

In addition, if I do not complete my payment by the date that it is due, I hereby agree that this clinic/hospital may provide all my personal information and related details of treatment to any third party that will be involved in the collection my debt. I also agree that the third party may disclose all of my information to those deemed necessary in the assistance of the collection of the agreed amount.

1. Total amount of medical expenses: _____ **yen**
2. Date of payment : The closer date from today - **the day of my departure from Japan, or within seven days from today.**
3. Remittance account :

(Bank name/Branch name)
(Branch address)
(Account type)
(Account number of recipient)
(Recipient name)
(Recipient address)
(SWIFT code)

(Debtor)

Name :

Date of birth :

Nationality :

Passport number;

(* Please attach a copy of your passport with your 1. name, passport number, photo, and 2. entry stamp to Japan)

Number of ID (that confirms your address):

(* Please attach a copy of your ID that confirms your residential address, name and ID number)

Address within Japan : Name of temporary residence

Address

Phone number

Address in country of origin : Address

Phone number (home)

Phone number (mobile)

Employment details : Company name

Address

Phone number

* I agree to abide by the Constitution of Japan and the governing law on the applications as well as the interpretations within this written oath. I also agree that the Tokyo District Court is the exclusive agreement jurisdictional court of the first trial on the accompaniment or associated legal

disagreements arising from failure to comply with this written oath. However, if the jurisdiction of the Japanese court cannot be exercised within my country of origin, regardless of the agreement mentioned above, I agree to respond to any actions filed in the court of my country of origin.

Date / (Debtor) Signature : _____ / _____ / _____ / _____

When the debtor mentioned above neglects to fulfill his/her payment agreement with clinic/hospital, I, _____, hereby promise to assume responsibility for the debt incurred at clinic/hospital by the debtor by cooperating with him/her to fulfill all duties agreed within this contract, and to not charge damages to your clinic/ hospital. In addition, I agree that your clinic/hospital may provide all my personal information to any third party in order to the collect the agreed amount. I also agree that the third party may disclose all of my information to those deemed necessary in the assistance of the collection of the agreed amount.

(Joint guarantor)

Name :

Date of birth :

Nationality :

Passport number;

(* Please attach a copy of your passport with your 1. name, passport number, photo, and 2. entry stamp to Japan)

Number of ID (that confirms your address):

(* Please attach a copy of your ID that confirms your residential address, name and ID number)

Address within Japan : Name of temporary residence

Address

Phone number

Address in country of origin : Address

Phone number (home)

Phone number (mobile)

Employment details : Company name

Address

Phone number

* I agree to abide by the Constitution of Japan and the governing law on the applications as well as the interpretations within this written oath. I also agree that the Tokyo District Court is the exclusive agreement jurisdictional court of the first trial on the accompaniment or associated legal disagreements arising from failure to comply with this written oath. However, if the jurisdiction of the Japanese court cannot be exercised within my country of origin, regardless of the agreement mentioned above, I agree to respond to any actions filed in the court of my country of origin.

Date / (Joint guarantor) Signature: _____ / _____ / _____ / _____

誓 约 书

北京語 (簡体字)

_____ 医院

_____ 院长

本人_____ <债务人> 已确认以下医疗费用的债务金额的支付事宜将由本人承担。关于该医疗费用的全部金额，本人知悉须在本誓约书所规定的付款期限之内，直接前往贵院或采用汇款方式支付到以下汇款账户。特此声明，请察存。

另外，若本人于以下期限内未能偿付全部金额，贵院可将本人人信息或医疗相关信息提供给第三方使用，第三方亦可在必要的范围之内，提供给其他对象使用，用以征收以下费用：

- 1. 医疗费用：_____ 日元
- 2. 付款期限：日本出境日迄，或本誓约书签名日起 7 日内。并以两者中较早日期为限。
- 3. 汇款账户：

(银行名称 / 分行名称) (分行地址) (账户类别) (账户号码) (收款人姓名) (收款人住址) (银行 SWIFT 代码)
--

<债务人>

姓名：

出生年月日：

国籍：

护照号码 (*请附上护照内页复印件①含有姓名、护照号码、照片的内页、②含有入境章的内页)：

明确记有本人住址的身分证号码 (*请附上身分证复印件○含有住址、姓名、号码的内页)：

日本国内居住地：住宿处名称

地址

电话

所属国居住地：地址

电话

手机

所属国任职公司：公司名称

地址

电话

*本人同意本誓约书的适用法律及解释均以日本国相关的法律为依据。与此同时，本人同意因本誓约书连带产生的或与之相关的任何纠纷，将交由东京地方裁判所作为第一审专门法院协议管理(协议管辖)。倘若本人所在国家或区域无法执行日本地方法院所判决的裁决时，无论如上的专门管辖法院的协调结果如何，本人不得对自己所属国法院所提起的诉讼等有任何异议。

日期 / <债务人> 签名：_____ / _____ / _____ / _____

本人_____ <债务人> 已确认以下医疗费用的债务金额的支付事宜将由本人承担。关于该医疗费用的全部金额，本人知悉须在本誓约书所规定的付款期限之内，直接前往贵院或采用汇款方式支付到以下汇款账户。特此声明，请察存。

另外，若本人于以下期限内未能偿付全部金额，贵院可将本人人信息或医疗相关信息提供给第三方使用，第三方亦可在必要的范围之内，提供给其他对象使用，用以征收相关医疗费用。

〈连带保证人〉

姓名:

出生年月日:

国籍:

护照号码 (*请附上护照内页复印件①含有姓名、护照号码、照片的内页、②含有入境章的内页):

明确记有本人住址的身分证号码 (*请附上身分证复印件○含有住址、姓名、号码的内页):

日本国内居住地: 住宿处的名称

地址

电话

所属国居住地: 地址

电话

手机

所属国任职公司: 公司名称

地址

电话

*本人同意本誓约书的适用法律及解释均以日本国相关的法律为依据。与此同时,本人同意因本誓约书连带产生的或与之相关的任何纠纷,将交由东京地方裁判所作为第一审专门法院协议管理(协议管辖)。倘若本人所在国家或区域无法执行日本地方法院所判决的裁决时,无论如上的专门管辖法院的协调结果如何,本人不得对自己所属国法院所提起的诉讼等有任何异议。

日期 / 〈债务人〉签名: _____ / _____ / _____ / _____

誓約書

広東語 (繁体字)

_____醫院

_____院長

本人_____ (債務人), 本人已確認以下醫療費用的相關債務金額將由本人承擔。本人明白須在指定的期限內到繳費處或以匯款方式至以下戶口全額支付以下費用。另外, 若本人在指定付款日期為止, 仍未能全數清還款項時, 貴院可將本人的個人資料、與治療相關的所有資訊提供給第三者或相關人仕, 以供收取以下醫療費用之用, 本人並無異議:

1. 醫療費: _____日圓
2. 付款日期: 日本國離境日為期, 或本日起計 7 天以內。並以兩者中最早之日期為限。
3. 匯款帳戶:

(銀行名稱/分行名稱)
(銀行分行地址)
(帳戶類別)
(收款人戶口號碼)
(收款人姓名)
(收款人地址)
(SWIFT 代碼)

(債務人)

姓名

出生日期

國籍

護照號碼

(* 護照證件的複印件 ①姓名、號碼、相片頁、②入境許可印頁):

明確記有住址的身份證件號碼 (* 身份証的複印件 ○住址、姓名、身分證號碼頁面):

在日本的聯絡處: 住宿地點名稱

地址

電話號碼

所屬國住址: 地址

電話號碼

流動電話號碼:

所屬國任職公司聯絡處: 公司名稱

地址

電話號碼

* 本人同意本誓約書的適用法律以及內容上的解釋均以日本國相關法律為依據。同時, 亦同意因本誓約書所附帶或與之相關的任何爭端, 將以東京地方裁判所作為第一審專屬法院協議管轄。倘若本人所在國家或地區無法執行日本法院的判決時, 無論上述排他性管轄權的協議, 可向本人所在國的法院提出該訴訟, 並無異議。

日期 / 擔保人簽名 _____ / _____ / _____

本人_____ (債務人), 本人已確認以下醫療費用的相關債務金額將由本人承擔。本人明白須在指定的期限內到繳費處或以匯款方式至以下戶口全額支付以下費用。

另外, 若本人在指定付款日期為止, 仍未能全數清還款項時, 貴院可將本人的個人資料、與治療相關的所有資訊提供給第三者或相關人仕, 以供收取相關醫療費用之用, 本人並無異議。

(擔保人)

姓名

出生日期

國籍

護照號碼

(* 護照證件的複印件 ①姓名、號碼、相片頁、②入境許可印頁):

明確記有住址的身份證件號碼 (* 身份証的複印件 ○住址、姓名、身分證號碼頁面):

在日本的聯絡處: 住宿地點名稱

地址

電話號碼

所屬國住址: 地址

電話號碼

流動電話號碼:

所屬國任職公司聯絡處: 公司名稱

地址

電話號碼

* 本人同意本誓約書的適用法律以及內容上的解釋均以日本國相關法律為依據。同時, 亦同意因本誓約書所附帶或與之相關的任何爭端, 將以東京地方裁判所作為第一審專屬法院協議管轄。倘若本人所在國家或地區無法執行日本法院的判決時, 無論上述排他性管轄權的協議, 可向本人所在國的法院提出該訴訟, 一切並無異議。

日期 / 擔保人簽名 _____ / _____ / _____

以上

서약서

의원/병원

원장 _____ 님

나 _____ <채무자>는 귀 의원/병원에 대하여 아래 의료비를 지급해야 하는 채무를 부담하고 있는 것을 이에 확인합니다. 따라서 아래 지불 기일까지 지참 또는 아래 계좌에 송금으로 전액 지급하는 것을 약속합니다.

또한, 아래 기일까지 전액 지급 완료 안 됐을 경우 귀 의원/병원이 아래 의료비를 회수하기 위해 내 개인 정보나 치료 등에 관한 모든 정보를 제삼자에 제공하거나 당해 제삼자가 필요한 범위에서 다른 사람에게 제공하는 것에 동의합니다.

기

- 1. 의료비 : _____ 엔
- 2. 지불기일: 일본 출국일 또는 금일부터 7일 이내 중 더 이른날
- 3. 송금계좌 :

(은행명/지점 이름)
 (은행지점 주소)
 (계좌 종목)
 (받는 계좌번호)
 (받는 분 이름)
 (받는 분 주소)
 (S W I F T 코드)

(채무자)

성함:

생년월일:

국적:

여권번호 (*여권사본 첨부 1.성함/번호/사진이 기재된 페이지 2. 입국 스탬프 찍힌 페이지) :

거주 주소가 기재된 신분증 번호 (*신분증 사본 첨부: 성함/주소/번호가 기재된 페이지) :

일본 체류지: 숙박소 이름

주소

전화번호

본국 거주지: 주소

전화번호

휴대폰

본국 근무지: 회사 이름

주소

전화번호

*본 서약서의 적용 및 해석에 대해서는 일본국법을 준거법으로 하며, 본 서약서에 부수 또는 관련된 일체 분쟁에 대해서는 도쿄지방법재판소를 제일심의 전속적 합의 관할 재판소로 하는 것에 동의합니다. 단 내 본국이 일본 재판소의 판결을 집행 못 할 가능성이 있는 국가/지역일 경우 상기 전속적 관할 합의에 관계없이 내 본국 재판소에서 소송 제기 등을 받는 것에 일절 이의를 제기하지 않습니다.

날짜/ (채무자) 서명 : _____ / / / _____

상기 채무자가 지급을 소홀히 했을 경우 _____ 는 연대 보증인으로서 본 서약서에 따른 상기 채무자의 모든 채무에 대해 동인과 연대하여 지급의 책임을 지며 귀 의원/병원에 일절 손해를 끼치지 않겠다고 약속합니다.

또한, 귀 의원/병원이 아래 의료비를 회수하기 위해 내 개인 정보를 제삼자에 제공하는 것 및 당해 제삼자가 필요한 범위에서 다른 사람에게 제공하는 것에 동의합니다.

(연대보증인)

성함 :

생년월일 :

국적 :

여권번호 (*여권사본 첨부 1.성함/번호/사진이 기재된 페이지 2. 입국 스탬프 찍힌 페이지):

거주 주소가 기재된 신분증 번호 (*신분증 사본 첨부: 성함/주소/번호가 기재된 페이지):

일본 체류지: 숙박소 이름

주서

전화번호

본국 거주지 : 주소

전화번호

휴대폰

본국 근무지: 회사 이름

주소

전화번호

* 본 서약서의 적용 및 해석에 대해서는 일본국법을 준거법으로 하며, 본 서약서에 관련된 모든 분쟁에 대해 도쿄지방법재판소를 제일심의 전속적 합의 관할 재판소로 하는 것에 동의합니다. 단 내 본국이 일본 재판소의 판결을 집행 못 할 가능성이 있는 국가/지역일 경우 상기 전속적 관할 합의에 관계없이 내 본국 재판소에서 소송 제기 등을 받는 것에 일절 이의를 제기하지 않습니다.

날짜/ (채무자) 서명 : _____ / / /

이상