

外国人患者に係る受入れ証明書

国 籍 _____
 氏 名 _____
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男・女

上記の者は、下記のとおり当医療機関に入院し治療を受ける者であることを証明いたします。

1 受入れ理由（病名等）

2 受入れ内容（受入れ先となる科名、具体的な治療内容等）

3 入院予定期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

4 治療予定期間（入院の前後に必要な治療、通院の期間を含む。）

_____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

5 必要経費見込み額（医療機関に支払われるべき金額の総額）

円

6 支払済み額（前払金、預託金等）の有無 有・無

(1) 「有」の場合

① 支払済み額

円

② 上記を証明する書類 医療機関発行の領収書・その他（ _____ ）

(2) 「無」の場合

支払方法 民間医療保険の適用・第三者による支払・その他（ _____ ）

7 その他特筆事項

_____ 年 _____ 月 _____ 日

法 務 大 臣 殿

医療機関名称

住所

担当者氏名

（部署名 _____ ）

電話番号

F A X 番号