

トラヘル・ハワイ 人工透析斡旋サービス申込書

*まずは”ハワイで人工透析ご案内”の資料で<事前確認>の項目をご確認後、白色の枠部分を記入ください！

ローマ字			性別(男・女を)	婚姻 (未・既)	弊社 利用回数	
氏 名					回目	
郵便番号	〒			e-mail:		
ローマ字(英語表記で)			TEL:			
自宅 住所			FAX:			
生年月日(西暦)	年	月	日生	歳	No.	
勤務先	会社名		携帯電話:			
	所属		携帯メールアドレス:			
日本の透析	ローマ字(病院名)		TEL:			
	病院・施設名		FAX:			
	ローマ字(英語表記で)		ローマ字(姓、名)			
	病院住所		担当医師名			
	透析導入日	年	月	日	透析時間	時間
旅行情報	ハワイ到着日		年	月	日	ローマ字(ホテル)
	ハワイ出発日		年	月	日	滞在ホテル
	旅行代理店		滞在中の連絡先(上記ホテル、携帯の電話)			
	緊急連絡先		氏名	続柄	左記連絡先電話(携帯)	
回数	透析場所(注1)	透析希望日		希望開始(注2)	オプションサービスの選択(注3)	
1	Honolulu	年	月	日	不要	
2		年	月	日	不要	
3		年	月	日	不要	
4		年	月	日	不要	
(注1): Honolulu(ホノルル)での透析は「カパフル透析センター」がベースとなります。 (注2): 希望開始時間は「6:30」am、「11:30」am、「16:00」pmからお選びください。 (注3): 別途弊社料金表でオプションサービスの内容を確認し、これを選択ください。(オプション料金が別途発生します。)						
帰国後 保険還付申請		←日本に帰国後、海外療養費等の還付申請をされる場合は「要」を(注4)				
健康保険の種類		←「国民保険」もしくは「社会保険」を選択ください。				
(注4): 弊社にて現地クリニックに保険還付書類の作成依頼があった旨はお伝えしますが、再度 ご本人様から透析当日に直接再確認してください。尚、健康保険の種類により申請用紙「Form A」&「Form B」のフォーマットが異なります。						
<特記事項+ご質問欄> 感染症でHbs抗原が陽性(+)の場合は右記:隔離室利用を”有”と記載の事。 隔離室利用 無						
【承諾事項 & 免責同意書】					ハワイ滞在中の透析回数	
私は、Trahel Hawaii L.L.C.(以降”貴社”と記載)のサービスを理解し、ハワイでの透析医療機関との仲介をする基本サービスとそれに 関連するオプションサービスに申し込みます。この時、ハワイの透析医療機関が必要とする医療情報&支払いに関して貴社が代行して取り扱う事を承認致します。また私は貴社のキャンセルポリシーを理解し、キャンセルが発生した場合、これに従います。尚、貴社のこれらのサービスにより生じた損失、損害について、いかなる責任や賠償をも貴社に責任の追及をしたり、損害賠償請求をしないことに署名をもって誓約します。						
日付		年	月	日	署名(サイン)	

* 署名は実筆でなく、入力でもOKですのでこのエクセルデータを添付してお申込みください！

お申込みはこの申込書をメール(宛先:kenji2@trahel.com まで)にて添付して送付いただくか、申込書を印刷&記入後 以下のFAX番号まで送信ください。

- ①日本のFAX番号 : 020-4622-9961 日本のFAX番号は特殊(ケーブル等)回線から受付ません！一般のNTT回線からのみです
- ②ハワイのFAX番号 : 国際ダイヤル+1-808-395-6243