

翻訳済の費用内訳については、職員までご請求下さい

メディケア（Medicare）適用対象外患者

Affix Patient Label

データ収集フォーム

あなたは、メディケア適用対象外患者と認定されました。よって、あなたはオーストラリア国内の無料医療制度を利用できません。あなたには、治療にかかる全経費を支払う必要があります。もし民間健康保険、旅行者用保険、その他の保険に加入している場合は、経費の一部を請求できる可能性があります。保険による経費負担について、保険会社に確認するとよいでしょう。

経費負担の了承

本書面に署名することで、私こと、_____は、私がメディケア適用対象外患者である旨、説明を受けたこと、また本メトロ・ノース病院保健サービス(Metro North Hospital and Health Service)施設における私の治療行為にかかる全経費の負担義務を了承した旨、確認します。本宣言を行うに当たり、私は本書面に記載された情報を読み、理解したことを確認します。

私は以下の項目について、理解しています：

- 私は、メトロ・ノース病院保健サービスが私の提示したクレジット・カードの情報をを用いて、第2ページ記載の経費見積り金額に示された金額を引き落とすことを許可します。
- 第2ページ記載の経費見積りは、あくまでも私の治療期間中にかかることが予想される経費のおおよその見積りでしかなく、実際の金額に変更が生じて追加費用が発生する可能性があります。
- 私がプライベート患者として治療を受けることにした場合、プライベート専門医の裁量で追加費用が発生する可能性があり、私はこれについて専門医に確認します。
- 本情報には、外部より訪れるプライベート医師が手術、または麻酔を行った場合、その医師費用は含まれません。これら費用は入院施設を経由することなく、請求されます。私はこれらの費用に関して、別途費用請求を受けます。
- 経費見積り金額超過分の費用を含め、治療開始以前に未払いであった私の治療にかかる全経費は後日請求され、請求日より30日以内に支払う必要があります。もしこの期間中に私が支払いを怠った場合、未払い金はメトロ・ノース病院保健サービスに対する負債金となり、メトロ・ノース病院保健サービスは私から直接、または負債回収機関を通して本負債金を回収する権利を有します。
- 治療開始以前に診断画像、病理検査、薬剤の費用を見積もることは非常に困難であり、これらのサービスが必要な場合、私の実際の治療費は、経費見積りで提示された金額を上回る可能性が高くなります。私は入院中や治療期間中において診断画像、病理検査、薬剤が必要となった場合に備えて、その他外来患者費用として最高\$1,000の追加費用の引き落としをあらかじめ許可いたします。私はこの最高金額に到達するまで、実際の費用金額のみ課金されることと理解します。私はその外来患者費用の\$1,000を超過した金額に関して、別途費用請求を受けません。
- メトロ・ノース病院保健サービスが私の代理として、私の加入する民間健康保険会社やその他の保険会社と直接連絡を行う事に同意した場合、私はメトロ・ノース病院保健サービスが必要に応じて、保険会社または民間健康保険会社に対し、病院患者分類プロトコル情報や病歴を含め、私の全ての個人情報および健康関連情報を提供することを許可します。
- 私には、オーストラリアでの無料医療制度の利用資格の有無を判断する目的で、追加情報の提出（例：パスポート、ビザ、その他身分証明書）を請求される可能性があります。私は制度利用資格の有無を判断する目的で、メトロ・ノース病院保健サービスが私の個人情報を利用することに同意します。これには私の滞在資格の確認が必要となった際、私の全個人情報を移民国境警備省(DIBP)へ通知することが含まれません。
- 虚偽または誤解を招くおそれのある情報の提供は詐欺行為とみなされ、関連当局に通報される可能性があります。

患者/親/代理人(○をつける)

証人となる職員

名前(ブロック体)

名前(ブロック体)

署名

署名

日付

日付