

施設情報

医療機関名: _____

担当医師名: _____

患者情報

患者氏名: _____ 患者 ID: _____

Valiant Navion 留置日: _____

Valiant Navion 製品情報

	Valiant Navion モデル番号 (VN から始まる英数字)	Valiant Navion シリアル番号 (V 以外の数字を記入)
1 本目	VN	V
2 本目	VN	V
3 本目以降	VN	V
	VN	V

医療費の補償請求

補償を請求する費用の詳細を以下にご記載下さい。

※保険償還対象となる医療費、Valiant Navion との関連性がないもの、医療機関が負担すべき費用等は補償対象外となります。

請求対象の治療にチェックを入れてください:

- 画像診断 * 年 1 回のフォローアップに関わる費用は補償対象外です
- 追加治療
- その他 * その他の場合は治療内容をご記入ください

請求対象製品情報記入欄:

番号	実施日	製品名およびモデル番号	ロット番号またはシリアル番号	処置の種類/使用目的
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

* 記入欄が足りない場合はお手数ですが複数枚申請書をご利用ください。

医療費の補償請求(金額記入欄)

補償を請求する費用の金額を以下にご記載下さい。

番号	請求金額	支払先名称
1	円	
2	円	
3	円	
4	円	
5	円	
6	円	
7	円	
8	円	
9	円	
10	円	
11	円	
12	円	
13	円	
14	円	
15	円	

申請に必要な書類

Valiant Navion に関連する医療費について以下の書類を同封ください。

必要書類

- 公的保険によって払い戻しがされなかった事が証明できる書類のコピー（例: 返戻内訳書）
- ※請求対象製品以外の部分に関しては黒塗りして下さい。

お振り込み口座情報

金融機関	銀行	支店名	支店 (支店番号:)			
預金種目	普通・当座	口座番号(左詰め)				
(フリガナ)						
口座名義人						

上記の記述が全て真実であることを以下の署名によって証明します。

また、治療時にはその治療が対象患者にとって最適であるという医学的判断を下したこと、上記の費用を医療機関で負担したこと、および上記の医療費が公的保険より払い戻しを受けていないこと、Valiant Navion に関連する医療費であること、医療機関が負担すべき費用ではないことを以下の署名によって証明します。

医療機関担当責任者名および役職: _____

医療機関担当責任者署名: _____

署名日: _____

記入済みの補償請求書をご送付ください。

電子メールの場合

メールアドレス: safe-n-reimburse-japan@namsa.com

FAX の場合

FAX 番号: 03-6803-5646

郵送の場合

住所: 〒103-0023 東京都中央区日本橋本町 3-7-2 MFPR 日本橋本町ビル 3 階

NAMSA Japan G.K. SAFE-N 担当者 宛

治療日から 90 日以内を目安に提出をお願いいたします。既に 90 日を経過している場合においても補償は可能です。

補償のお支払いには審査および承認手続きがあり、審査の結果、支払われない場合があります。

すべての必要書類をご提出後、確認作業ならびに支払処理に 60 日程度を要しますのでご了承ください。

NAMSA 社は、支払処理の前に追加の確認または情報入手のために、直接ご連絡させていただく場合がございます。

医療費の支払いは、ご記載頂いた口座に直接お振り込みいたします。

虚偽の申請を行った場合、今後一切の補償申請をお断りさせて頂く場合がございます。

税務上の申告義務に関するお問合せはご自身のファイナンシャルアドバイザーまたは税理士にご相談ください。

記載していただいた個人情報、補償への対応以外には使用しません。

個人情報の取り扱いについては以下リンクをご参照ください。

<https://www.medtronic.com/jp-ja/privacy-statement.html>

補償請求に関するご質問またはサポートが必要な方は下記にご連絡をお願いいたします。

NAMSA 社問い合わせ窓口

電話番号: 0120-239-946 (受付時間: 24 時間 年中無休)

メールアドレス: safe-n-reimburse-japan@namsa.com