# 【リバティ保険事後給付お手続きご案内】

VIETJO

**◆医療保険の給付申請は<u>ご受診後２か月以内</u>にお願い致します。**

**◆書類は全て原本を弊社代理店へご郵送頂きます。**

＜郵送先情報＞
宛先：**VERAC** / VIETJO Liberty Insurance agency
住所：8F, 123 Ly Chinh Thang Str., Vo Thi Sau Ward, Dist.3, HCM City
TEL：028-2248-7770　※住所が変わることもございますので、発送前に念のためご確認くださいませ

**ベトナム国内ご郵送でも書類到着までに１ヶ月以上時間を要する場合がございますため、配達記録の残る EMS 便 / 宅配系での送付をお勧めいたします。また、念のためスキャンデータと併せまして、発送の際にはご一報くださいませ。**

**◆ベトナム国外でのご受診の場合、ご渡航チケット（搭乗券半券等）を大切にご保管くださいませ。**
**（補償審査時に別途提出を求められる場合がございます）**

ご受診後、お客様より実費にてご料金をお支払い頂き、その際に治療・退院後保険給付請求（事後給付申請）に必要な書類をご準備頂きます。

**＜保険給付の流れ＞**

1. お客様からの「保険給付申請書」並びに「各必要書類」をリバティ保険へご提出頂きます。
2. リバティ保険に書類到着後、審査部門で審査いたします。（7～10 営業日程度）
3. 審査部門での書類確認後、5 営業日程度で給付手続きいたします。

※審査部門の状況により遅れが生じる場合もございます。
※日本からの書類をご提出の場合は、弊社に書類が到着後、日越翻訳作業のため、別途数日お時間を頂きます。

---

**＜保険給付に必要な書類＞**

*日本の場合は日本語、それ以外の国では英語/ベトナム語にてご用意くださいませ。

**1.リバティ保険給付申請書**（必要時に、弊社よりお送り致します）

**2.医師の診断書**（病気/怪我の発生日、診断、治療の経過などを記載したもの）
※医師の署名・病院/クリニックの認証が必要です。

**3.病院の認証のある領収書/VAT インボイス**（ベトナム国内：20 万ドン以上の場合は VAT インボイス）

**4.処方された薬のリスト並びに料金の証明**
※医師の署名または病院/クリニックの認証が必要です。

**5.検査項目と結果**（検査時のみ）

**6.入院期間を記載した退院証明書**（入院時のみ）

【ご注意】
院外薬局などで、薬局と病院の組織が異なる場合、下記①と②を入手お願いいたします。
①と②は内容が一致していなくてはいけません。（入手した薬が医師の指示であることを裏付けるため）

---

①医師が記した薬のリスト（薬名＆容量）
→ 医師の診断書に記載（診断書でなくとも医師の署名＆病院の押印があれば問題ございません）
②薬局の認証がある薬のリスト（薬名＆容量）
→VAT インボイス（ベトナム国外の場合、薬局の押印がある正式な領収書）

---

Liberty Insurance Limited
18th Floor, Vincom Office Building
45A Ly Tu Trong, District 1
Ho Chi Minh City, Vietnam
Tel : (84-8) 38 125 125
Fax : (84-8) 38 125 018

# リバティ医療保険
# 補償給付申請書

★英語/ベトナム語で記載のこと。

# MEDICAL CLAIM FORM
## *(ĐƠN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG ĐIỀU TRỊ Y TẾ)*

## SECTION A: TO BE COMPLETED BY CLAIMANT(Người yêu cầu bồi thường điền đầy đủ)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name of Patient *(Tên bệnh nhân)* ご受診者名 | | | Policy No.*(ご契約 No.)* |
| Membership Card No. *(保険カード No.):* | Sex *(性別):*<br>Male : ☐<br>Female: ☐ | Date of birth 生年月日 *(dd/mm/yyyy)* | Contact Information (telephone & Email)<br>*(ご連絡先): liberty@viet-jo.com*<br>※弊社代理店のメールアドレスを加えております |

**Were your injuries caused by an Accident? (Chấn thương có phải là do Tai Nạn?)** 事故による怪我の場合

No *(Không)* ☐

Yes (details) ☐

*(Đúng, cung cấp chi tiết tai nạn)* 事故の詳細.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**If as a result of an illness- *Là Kết quả của một bệnh*** 病気の場合

1. What is your diagnosis? *(Chẩn đoán bệnh của bạn là gì?)*
   .....
2. When did the symptom first apprear? ( *Triệu chứng đầu tiên xuất hiện khi nào?)*.....
3. Have you been treated by other doctor(s) for similar or related illness in the past?*(Bệnh này đã được chữa trị trong quá khứ hay chưa?)*.....
4. Name & Address of facility where treatment rendered for above illness? *(Tên và địa chỉ của nơi điều trị bệnh trước đây?)*.....
   .....

**Method of reimbursement *(Hình thức thanh toán):*** 保険給付・受給方法（銀行送金/現金受取のいずれかをお選びください）

**Bank Transferring (Chuyển Khoản):** （銀行送金）

1. Beneficiary *(Người thụ hưởng):* .....
2. Bank name *(Tên ngân hàng):* .....
3. VND Bank Account *(Tài Khoản Vietnam Đồng)*.....

**Cash (Tiền mặt):** （現金受取）

1. Beneficiary *(Người thụ hưởng):*.....
2. Passport/ID card No.*(Số passport/CMND):*.....
3. Issued date *(Ngày phát hành):* .....
4. Issued Place (*Nơi phát hành):* .....
5. Expiry date *(Ngày hết hạn):* .....

I declare that the above statements and answers made by me are true and complete to the best of my knowledge.
*(Tôi cam kết rằng các thông tin mà tôi đã cung cấp như trên là hoàn toàn đúng sự thật)*

I hereby authorize any employer, physician, hospital, insurance company or other organization or person who has any record or knowledge with reference to the accident, or the health and medical history of the patient, to give such information to Liberty Insurance Limited. A photocopy of this authorization will be as valid as the original. By signing below, I consent that the personal information collected or held by Liberty Insurance Limited (whether contained in this form or otherwise obtained) may be used by or disclosed to any individual or organization within or outside of Vietnam for the purposes of insurance or reinsurance related business including claims processing, investigation, account collection and litigation.

*(Do đó tôi cho phép bất kỳ người sử dụng lao động, bác sĩ, bệnh viện, Công ty bảo hiểm, các tổ chức, cá nhân khác, những ai biết đến hoặc có ghi nhận lại tai nạn, sức khỏe hoặc bệnh án của bệnh nhân có thể cung cấp các thông tin như vậy cho Công ty Liberty Insurance Limited. Bản sao của sự cho phép này cũng có giá trị ngang bản gốc.Tôi ký tên sau đây đồng ý rằng các thông tin cá nhân được thu thập hoặc nắm giữ bởi Công ty Liberty Insurance Limited (dù được khai báo trong mẫu đơn này hay có được bằng cách khác) sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ cho bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào trong hoặc ngoài nước Việt Nam chỉ cho mục đích bảo hiểm hoặc các vấn đề liên quan tái bảo hiểm bao gồm giải quyết bồi thường, điều tra, sổ sách kế toán và kiện tụng, tranh chấp)*

_____ Date 申請日_（dd/mm/yyyy）

_____ Signature of Claimant 直筆ご署名（パスポートと同じ）

**Note: Claims are settled on without prejudice basis and should not be taken as precedent. Liberty Insurance reserves our rights to conduct pre-existing condition exclusion investigation should future claims on the same medical condition(s) are submitted**

## SECTION B: TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR SUPPLIER
## 医師の診断記入欄（別途診断書がある場合は記入不要）

| | |
|---|---|
| a. State briefly nature of illness or injury (chief complain) (Nguyên nhân đến khám).....<br>.....<br>..... | b. Diagnosis or Nature of illness or injury *(Chuẩn đoán của bệnh hoặc thương tật)*<br>*1/*.....<br>*2/*.....<br>*3/*..... |
| c. Date of illness (first symptom), injury (accident) or pregnancy (LMP) (V*ui lòng cho biết triệu chứng xuất hiện khi nào hoặc kỳ kinh cuối nếu là thai phụ?)*.....<br>..... | d. Date of first consulted you for this condition *(Ngày điều trị đầu tiên?)*..... |
| e. If Patient has had similar illness or injury, give date & Place? *(Nếu bệnh nhân đã điều trị cho bệnh tương tự, thương tật này trước đây thì vui lòng cung cấp ngày và nơi điều trị trước đây?)*..... | f. What type of treatment as given to the patient? *(Hình thức điều trị cho bệnh nhân là gì?)*.....<br>..... |
| g. What was the period of the hospitalization *(Thời gian nhập viện bao lâu?)*<br>Admission date *(ngày nhập viện)*.....<br>Discharge date *(ngày xuất viện):*..... | Name & Signature with Practice Stamp of Attending Doctor<br>*Tên, Chữ ký với con dấu của Bác Sĩ*<br><br>Date (Ngày)..... |

** For the purpose of claim process, please be noted that notice, approval, request or others may be sent to your inbox via email address as provided in this section*