

エスワティニ国派遣予定者 各位

独立行政法人国際協力機構  
青年海外協力隊事務局長

### エスワティニ国派遣に係る医療証明書提出のお願い

エスワティニ国に派遣予定の方は、滞在許可を申請する際にエスワティニ国政府指定の医療証明書 (MEDICAL CERTIFICATE) の提出が求められます。つきましては以下のとおり検査受診し、医療証明書を期限までに提出いただきますようお願いいたします。

なお、検査の結果、異常の所見があると診断された場合には、速やかに青年海外協力隊事務局までご相談ください。

1. 指定医療証明書：  
様式1のとおり。

2. 受診方法

別紙1、様式1、を医療機関に持参してください。

・別紙1「MEDICAL CERTIFICATE 記入のお願い」

・様式1「MEDICAL CERTIFICATE」

\*念のため、健康保険証をご持参ください。

受診後、検査結果を様式1に記載して貰い、必ず医師による証明（サイン又は印）があることを確認ください。

3. 検査結果の提出／費用の請求

次の4点を下記送付先まで提出してください。

(1) MEDICAL CERTIFICATE (様式1)

(2) 医療機関が発行する領収証

※領収証を発行してもらう際には、同封の様式3「領収証貼付用紙」に記載ある注意事項を必ず確認してください。

(3) 立替払い請求書 (様式2)

(4) 領収証貼付用紙 (様式3)

THE IMMIGRATION ACT, 1982  
(NO. 17 OF 1982)

SECTION 12(1) (d)

**MEDICAL CERTIFICATE**

DATE: .....

PLACE: .....

I hereby certify that I have examined .....  
and find that he/she is not mentally or physically defective in any way except .....

.....  
that he/she is not an idiot, epileptic, insane, mentally deficient, deaf and dumb, deaf and blind  
or dumb and blind and that he/she is not suffering from leprosy, tuberculosis, or trachoma.

SIGNATURE: .....

**NB:** Any physical or mental defects should be stated with an indication of their nature and extent.

**お願い**

エスワティニ の滞在ビザ取得の為に必要です。  
直近の健康診断のデータを基に記載していただくよう、お願いいたします。

記載日

病院の名称と所在地  
例：Sakura Hospital Tokyo, Japan

患者氏名

検査や診察で異常所見があれば、お書きください。  
例：High blood pressure, Hyper lipidemia 等

ご署名をお願いします。  
病院の公印を署名の横にご捺印ください。



**THE IMMIGRATION ACT, 1982**  
(NO. 17 OF 1982)

SECTION 12(1) (d)

**MEDICAL CERTIFICATE**

DATE: .....

PLACE: .....

I hereby certify that I have examined .....  
and find that he/she is not mentally or physically defective in any way except  
.....

.....  
that he/she is not an idiot, epileptic, insane, mentally deficient, deaf and dumb, deaf and blind  
or dumb and blind and that he/she is not suffering from leprosy, tuberculosis, or trachoma.

SIGNATURE: .....

**NB:** Any physical or mental defects should be stated with an indication of their nature and extent.

## 健康診断料立替払い請求書

(エスワティニ国派遣予定者用)

年 月 日  
(提出日)

独立行政法人国際協力機構 出納命令役殿

年度 次隊

青年海外協力隊 / 海外協力隊 / シニア海外協力隊 (○で囲む)

受験番号: \_\_\_\_\_

訓練所名: \_\_\_\_\_

派遣予定国: \_\_\_\_\_

職種: \_\_\_\_\_

氏名(フリガナ): \_\_\_\_\_

氏名(漢字): \_\_\_\_\_

印

※サイン

は不可

 : JICA 健診  : エスワティニ国健診  
(受診した健康診断に☑。両方の場合は両方に☑)

金 \_\_\_\_\_ 円

※ 選考時に届け出た本人名義の銀行口座に振り込まれます。

JICA 確認欄

 請求書  領収証

決定金額 \_\_\_\_\_ 円(JICA が決定)

## エスワティニ国指定医療証明書 領収証貼付用紙

派遣予定国	エスワティニ
職 種	
氏 名	

この用紙にはエスワティニ国派遣用指定検査に係る領収証(オリジナル)を貼ってください。  
コピーは支給の対象になりません。

◆重ね張り不可◆折り曲げ貼り付け不可◆裏面貼り付け不可◆

- ① 領収証はこの枠内に貼付して下さい。また、領収証が複数の場合は受診日の古い順に番号をふり、すべての項目が見えるように貼り付けてください。貼り付けスペースがない場合は別途白紙に貼り付けてください。
- ② 領収証を貼付する前に必ず以下の必要事項を確認し各項目にレを付け、その上で領収証の貼付をお願いします。
- 診断・検査を受けた医療機関が発行した「領収証」であるか。  
※ 原則としてレシートは受け付けません。  
やむを得ずレシートのみを提出する場合であっても、以下の全項目を満たしている必要があります。  
また、レシートに「受診項目の明細」等を添付して提出する場合も同様に以下の項目を必ずチェックして下さい。)
- 領収証宛名に本人氏名が記入してあるか。
- 金額が明記されているか。
- 但し書きに(「検査料」または「転記料」)であることが明記されているか。(治療費、投薬費、処方箋料等は支給の対象となりません。)
- 医療機関名が明記されているか。
- 医療機関の領収印があるか。
- 外国語で記入された領収証の場合、和訳がついているか。
- ※ 上記を満たしていない場合、支給の対象とならないことがあります。

※ 領収証、健康診断料立替払い請求書の内容に記入もれがないか、  
もう一度ご自身で確認し送付してください。

※ 提出された書類の確認のため、直接ご本人に連絡する場合があります。  
必ず連絡の取れる状況にしてください。