



## AUTHORIZATION TO TEST FOR COVID-19

用紙へのご記入は英文でお願いいたします。

I authorize LabTox Laboratories to collect and test my sample for COVID-19 diagnostic testing. I authorize my credit card to be charged for this service directly to LabTox for performing the testing. This authorization includes any release of my private health information for testing and billing purposes. I also understand I will be emailed when my result is ready.

Labtox Laboratoriesに鼻咽頭検査を行うことを許可する。Labtox Laboratoriesにクレジットカード支払いの上、以下の個人情報を検査と請求の為に利用することを承諾する。また、Eメールで検査結果を受け取ることを理解する。

**Date (日付)** \_\_\_\_\_ **Printed Name (氏名)** \_\_\_\_\_

**Date of Birth (生年月日)** \_\_\_\_\_ **Phone Number (電話番号)** \_\_\_\_\_

**Social Security Number (所持している場合)** \_\_\_\_\_

**Credit Card Number (クレジットカード番号)** \_\_\_\_\_

**Expiration Date (クレジットカードの有効期限)** \_\_\_\_\_

**CVV (セキュリティコード)** \_\_\_\_\_

**Name on Credit Card (カード名義人)** \_\_\_\_\_

**Billing Address (請求先住所)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Home Address (if different from Billing) (住所 / 請求先と異なる場合)**

\_\_\_\_\_

**Signature (署名)**

\_\_\_\_\_

Pursuant to privacy laws such as the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) LabTox is hereby authorized to release the results of my COVID-19 and other molecular laboratory tests to (please clearly print the name of any healthcare provider, employer, family member, University, and/or other):

医療保険の携行と責任に関する法律 (HIPAA) に伴うため、COVID-19の検査結果を共有許可する人物、会社、家族、学校名を記述してください。

\_\_\_\_\_

**Email** \_\_\_\_\_