Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1 Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

2 This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、署名してください。

3 One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診 療 内 容 明 細 書

Form A
様式 A

1. Name of Patient (Last,First)
患者名 ______________________________

Age(Date of Birth) Sex (Male / Female)
年齢（生年月日）______________ 性別（ 男 ・ 女 ）

2. Name of Illness of Injury preferably with the number of International Classiffication of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号
______________________ （No. ）

3. Date of First Diagnosis:
初診日 ________ , ________

4. Days of Diagnosis and Treatment: days
診療日数 ______________ 日間

5. Type of Treatment
治療の分類

☐ Hospitalization : From to days
入院 自 ________ 至 ________ （ ）日間

☐ Outpatient or Home Visit ________ ________
入院外
________ ________

6. Nature and Condition of Illness of Injury (in brief)
症状の概要
____

7. Prescription,Operation and any other Treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
____

8. Was the treatment as a result of an accidential injury? Yes ☐ No ☐
治療は事故の傷害によるものですか？ はい いいえ

9. Itemized amounts paid to Hospital and ／ or Attending Physician : Fill in Form B
項目別治療実費 ／ 様式 B による

10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号
Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話
Office 病院または診療所 Phone 電話

Date 日付 ______________ Signature 署名 ______________
Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 ______________

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic
担当医又は病院事務長へのお願い

1 Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

2 This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of hospital.
この様式は担当医又は病院事務長が記入し、署名してください。

3 One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

4 If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized Receipt

領 収 明 細 書

Form B

様式 B

（1）	Fee for Initial Office Visit	初診料	$	
（2）	Fee for Follow-up Office Visit	再診料	$	
（3）	Fee for Home Visit	往診料	$	
（4）	Fee for Hospital Visit	入院管理料	$	
（5）	Hospitalization	入院費	$	
（6）	Consultation	診察費	$	
（7）	Operation	手術費	$	
（8）	Professional Nursing	職業看護婦費	$	
（9）	X-Ray Examinations	X 線検査費	$	
(10)	Laboratory Tests	緒検査費	$	
(11)	Medicines	医薬費	$	
(12)	Surgical Dressing	包帯費	$	
(13)	Anesthetic	麻酔費	$	
(14)	Operating Room Charge	手術室費用	$	$
(15)	Others(Specify)	その他（項目明記）	$	$
				Unit is
(16)	Total	合　計	$	貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e. , payment for a luxurious room charge
注　　意 : 高級治療室等治療に直接関係のないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician ／ Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付 Signature 署名