

Form A
(様式A)

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康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、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院・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

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____ . _____ . _____	Sex (Male · Female) 性別 男 · 女 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____ . _____ . _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	

4. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table)	<p>■ 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. _____)</p>
5. Type of Treatment	<p>■ 治療の分類</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 From _____ . _____ . _____ to _____ . _____ . _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outpatient or Home Visit 入院外 _____ . _____ . _____ , _____ . _____ . _____ , _____ . _____ . _____</p>
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)	<p>■ 症状の概要</p>
7. Prescription, Operation, and any other Treatments (in brief)	<p>■ 処方、手術その他の処置の概要</p>
8. Was the treatment required because of an accidental injury?	<p>■ 治療は事故の傷害によるものですか？</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Fill in Form B	<p>■ 医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳： 様式Bによる</p>

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) _____

Office Address (病院または診療所の住所) _____

Office (病院または診療所の名称) _____ Phone(電話) _____

Date (日付) _____ . _____ . _____ Attending Physician's Signature(担当医署名) _____

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

■様式A (邦訳)

4. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号
(No)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者 記 入 欄	
氏 名	
住 所	
電 話	

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康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 or Superintendent of Hospital / Clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt 領収明細書

Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____ . _____ . _____	Sex (Male • Female) 性別 男・女 _____
--	---	-------------------------------------

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 師 費	
9. X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	
10. Laboratory Tests*	諸 検 査 費	
*Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。		
11. Medicines**	医 薬 費	
**Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。		
12. Surgical Dressing	包 帯 費	
13. Anesthetics	麻 酔 費	
14. Operating room Charge	手 術 室 費 用	
15. The Others(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	
16. Total	合 計	

Unit is _____
通貨単位

※ Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment i.e., payment for a room charge.
注意：特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

■ Name and Address of Attending Physician or Superintendent of Hospital / 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) _____

Office Address (病院または診療所の住所) _____

Office (病院または診療所の名称) _____ Phone(電話) _____

Date (日付) _____ Signature(署名) _____

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

■様式B（邦訳）

10. 諸検査費の内訳

11. 医薬費の内訳（薬の名称、量）

15. 特記事項

翻 訳 者 記 入 欄	
氏名	
住所	
電話	