

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in 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書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization /outpatient(home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療報酬明細書

Form A
様式 A

1. Name of Patient(Last, First) _____ Age _____ Sex(Male Female)
患者名 年齢 性別
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification 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 (別添参照)
3. _____ (No. _____)
Date of First Diagnosis: _____, _____, 20_____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数 日間
5. Type of Treatment
 Hospitalization: From _____, _____ to _____, _____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
 Outpatient or Home Visit From _____, _____ to _____, _____ (_____ days)
入院外 自 至 (日間)
6. Nature and Condition of Illness or 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 required as a result of an accidental 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 病院又は診療所 _____ 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 _____

※この明細書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文を必ず添付してください。
(翻訳者の氏名、住所等を記載してください)

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/clinic.
 この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out. 各月毎、入院、入院外毎に付この様式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下さい。

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	諸検査費	\$ _____	
(11) Medicines	医薬費	\$ _____	
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$ _____	
(13) Anaesthetics	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	\$ _____	通貨単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge. 注意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

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 _____

※この明細書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文を必ず添付してください。
 (翻訳者の氏名、住所等を記載してください)