豊田通商健康保険組合　宛

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

診療報酬明細書

Form A
様式A

1. Name of Patient(Last,First)　　Age(Date of birth)　　Sex　(Male ・ Female)
   患者名 ＿＿＿＿＿＿　年齢（生年月日）＿＿ . ＿＿ . ＿＿　性別

2. 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 attached to this form.)
   傷病名及び健康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
   診療日数 ＿＿＿＿ days

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 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。

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
   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

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

Name	Last（姓）	First（名）	Title（称号）
Address	Office（病院または診療所）		Phone
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 ＿＿＿＿＿＿

2024年6月改

様式A　翻訳

２．　傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

６．　症状の概要

７．　処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所　〒

氏名

電話

2024年6月改

豊田通商健康保険組合　宛

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。

Itemized Receipt

領収明細書（医科）

Form B
様式B

No.	Item	項目	Amount
(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	
			$
			$
			$
			$
(11)	Medicines**	医薬費	
			$
			$
			$
			$
			$
(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	$

*Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください

**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。

Unit is ____
通貨単位 ____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e,payment for a luxurious 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
担当医の名前及び住所

Name　Last（姓）　First（名）　Title（称号）

Address　Office（病院または診療所）　Phone

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 ____

2024年6月改

様式B　翻訳

（10）諸検査費の内訳（諸検査の内容）

（11）医薬費の内訳（薬の名称、量）

（15）特記事項

翻訳者

住所　〒

氏名

電話

2024年6月改