

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)

(No. _____)
3. 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)

This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険（健康保険）の給付の申請に使用されます。

ITEMIZED RECEIPT (DENTAL)
領収明細書（歯科）

Form B
様式 B

Name of Patient 受診者名 _____ Age 年齢 _____ Sex (Male . Female) 性別 _____

Date of First Diagnosis 初診日 _____ Days of Diagnosis and Treatment 診療実日数 _____ days

Localization of Teeth 部位			
Permanent Teeth 永久歯		Deciduous Teeth 乳歯	
R	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	L
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
		R	edcba abcde L
			edcba abcde

1. Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他
_____	_____	_____	_____

2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
*Initial Office Visit 初診料			
*X-Ray Examination レントゲン検査			
*Dental Pulp Extirpation 抜髄			
*Extraction 抜歯			
*Filling 充填			
*Inlay インレー			
*Metal Crown 金属冠			
*Post Crown 継続歯			
*Jacket Crown ジャケット冠			
*Bridge Work ブリッジ			
*Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
*Treatment of 歯槽膿漏処置 Pyorrhea Alveolaris			
*Medicine 投薬			
*The Others その他			

Date 日付 _____ Total 合計 _____

Name of Dental Surgeon 医師の氏名 _____ Signature 署名 _____

Name and Address of Dentist's Office 歯科医院の名称及び所在地 _____

※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)