

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- 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) 患者名	Age(Date of birth) 年齢 (生年月日)	Sex (Male · Female) 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			
<input type="checkbox"/> Hospitalization 入院	From 自	_____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ days) _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (_____ 日間)	
<input type="checkbox"/> 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? _____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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 _____			

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

From B 1. This form is used for claiming the social insurance benefit.

様式B この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.

この様式は担当医が書き、かつ署名してください。

3. One form for each month, One form for hospitalization / outpatient and home visit.

各月ごと、入院・入院外ごとに付きこの様式1枚が必要です。

Itemized Receipt

領収明細書（歯科）

Name of Patient 受診者名 _____ Age 年齢 _____ Sex (Male · Female) 性別 _____
Date of First Diagnosis 初診日 _____ Day of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ 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	R	e d c b a	
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	L	a b c d e	
				a b c d e	
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	Medical care dete		Fee 治療費
			MO. DA. YR.		
* Initial Office Visit 初診料					
* Fee for Follow-up Office Visit 再診料					
* Hospitalization 入院料					
* X-Ray Examination レントゲン検査					
* Dental Pulp Extirpation 抜髄					
* Operation 手術					
* 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 Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏					
* Medicine 投薬					
* The Others(Specify) その他(特記せよ)					
Receipt day 領収日		Mo. DA. YR.	Total 合計		

Name of Attending Physician/Address of Hospital or Clinic

担当医の名前及び病院名と住所

Attending physician Name 名前 : Last 姓

First 名

Name of Hospital or Clinic 病院または診療所名称 :

Address of Hospital or Clinic 病院または診療所住所 :

Date 日付

Signature 署名

領収明細書（歯科）

受診者名 _____ 年齢 _____ 性別（ 男性 女性 ） _____

初診日 _____ 診療日数 _____ days

診療日
 西暦 年 月 日
 西暦 年 月 日
 西暦 年 月 日
 西暦 年 月 日

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	e d c b a	a b c d e	L
	e d c b a	a b c d e	

1. 傷病名

1.う蝕症

2.欠損

3.歯槽膿漏

4.その他

2. 歯科治療

	患歯部位	材料	治療日付			治療費
			月	日	年	
初診料						
再診料						
入院料						
レントゲン検査						
抜髄						
手術						
拔牙						
充填						
インレー						
金属冠						
継続歯						
ジャケット冠						
ブリッジ						
有床義歯						
局部義歯						
総義歯						
歯槽膿漏						
投薬						
その他（特記せよ）						
領収日	西暦 年 月 日	合計				

担当医の名前及び病院住所

名前 姓 _____ 名 _____

病院または診療所名称: _____

病院または診療所住所: _____

翻訳者

住所 〒 _____

氏名 _____

電話 _____