

Form A
様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. The form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月毎、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) Age(Date of Birth) Sex(Male・Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女) _____
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International classification of diseases for the use of National Health Insurance (Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(附録参照) _____
3. Dates of First Diagnosis: D / M / Y / /
初診日 日 / 月 / 年 / /
4. Duration of Treatment: _____ days 診療日数 _____ 日
5. Type of Treatment
 Hospitalization : From / / , to / / (days)
入院 自 / / , 至 / / (日間)
 Out patient or Home Visit : / / , / / (days)
入院外(外来) / / , / / (計 日)
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要

7. Prescription, Orerarion 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
治療は事故の損害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician: Form B 治療実費 : 様式 B

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(翻訳者の氏名・住所等を記載したもの)を添付してください。