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。）

Form A(様式A)

Attending Physician's Statement
（診 療 内 容 明 細 書）

≪医科申請用≫

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

傷病名 _____ ⇨ 邦訳

3. Date of First Diagnosis　4. Days of Diagnosis and Treatment

初診日 _____ , _____ , 20 _____　診療日数 _____ days

5. Type of Treatment

治療の分類

☐ Hospitalization 入院　From _____ , _____ , 20 to _____ , _____ , 20 (_____ days)

☐ Outpatient or Home Visit 入院外　_____ , _____ , 20 ／ _____ , _____ , 20 ／ _____ , _____ , 20 ／ _____ , _____ , 20

6. Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)

症状の概要

_____

⇨ 邦訳

7. Prescription,Operation,and any other Treatments(in brief)

処方、手術その他の処置の概要

_____

⇨ 邦訳

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury?

治療は事故の傷害によるものですか　Yes ☐　No ☐

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

担当医の名前および住所

Name　Last(姓) _____　First(名) _____　Title(称号) _____

Address　Home(自宅) _____　Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____　Phone(電話) _____

Date(日付) _____ , _____ , 20 _____　Signature(署名) _____

Attending Physician(担当医)

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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/ clinic.
   （この様式は担当医または病院の事務長が記入し、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。）

Form B(様式B)

Itemized Receipt
（領 収 明 細 書）

≪医科申請用≫

9. Itemize amounts paid to Hospital and/ or Attending Physician （医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳）		
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（特記事項）	
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）

Inportant：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

担当医の名前および住所

Name　Last(姓)　First(名)　Title(称号)

Address　Home(自宅)　Phone(電話)

Office(病院または診療所)　Phone(電話)

Date(日付)　　,　　, 20　　Signature(署名)