

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. 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、かつ署名して下さい。
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。

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 _____ 性別 (男・女) _____
- 2.Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance. _____
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 _____
- 3.Date of First Diagnosis : _____ 20 _____
初診日 _____
- 4.Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 _____
- 5.Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : from _____ ,20 _____ to _____ ,20 _____
入院 自 _____ 至 _____
 Out patient or Home Visit : _____ ,20 _____ _____ ,20 _____
入院外 _____ ,20 _____ _____ ,20 _____
- 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 : 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 _____
Address住所 : Home自宅 _____ Phone _____
Office病院又は診療所 _____ 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 _____

- Form B**
様式 B
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. 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、かつ署名して下さい。
 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

(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 婦 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) Anaesthetics	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	\$ _____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.
注意：高級室料等治療に直接関係のないものは、除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last _____ First _____ Title _____
名前 姓 名

Address : Home自宅 _____

住所 : Office病院又は診療所 _____

Date : _____ **signature** _____
日付 署名