

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 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・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Form A (様式 A)

Attending Physician's Statement

診療内容明細書 (一般)

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 Social Insurance
傷病名 _____
3. Date of First Diagnosis : _____ , 20 _____
初診日
4. Day of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____ , 20 _____ to _____ , 20 _____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
 Out patient or Home Visit: _____ , 20 _____ to _____ , 20 _____
入院外 _____ , 20 _____ to _____ , 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

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 the either 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.
各月毎、入院・入院外ごとに付この様式1枚が必要です。

Form B (様式 B)

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 費 用	_____
(15) The Others (Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	_____

(16) Total	合 計	_____

Important : Exclude the amount irrelevant to 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ください。

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 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____