

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 social insurance benefit.
この様式は患者の社会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、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

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 the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
傷病名及び社会保険表彰用国際疾病分類番号
_____ (No. _____)
3. Date of First Diagnosis : _____ , 20_____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____ , 20_____
入院 自 _____ 至 _____ , 20_____
(_____ days) (_____ 日間)
 Outpatient or Home Visit : _____ , 20_____
入院外 _____ , 20_____
_____ , 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 : Fill in Form B
項目別治療実費 様式 B に記入
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 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic 担当医又は病院事務長へのお願い

- 1 . Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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 hospital/clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が記入し、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、この様式1枚が必要です。
- 4 . If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

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 師 費 | _____ |
| (9) X-Ray Examinations | X 線 検 査 費 | _____ |
| (10) Laboratory Tests* | 諸 検 査 費 | _____ |

	.	
	.	
	.	
	.	
	.	

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

- | | | |
|----------------------------|-----------------|-------|
| (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 (項 目 明 記) | _____ |

	.	
	.	
	.	
	.	
	.	

** 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。

- | | | | |
|------------|-----|-------|---------------|
| (16) Total | 合 計 | _____ | Unit is _____ |
| | | | 通貨単位 |

Important : 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/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 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 _____

診療内容明細書（海外分）翻訳

様式 A

1. 患者名：_____ 生年月日：昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別：男・女

2. 傷病名：_____

社会保険表彰用国際疾病分類番号：_____

3. 初診日：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 診療日数：_____ 日

5. 治療の分類

入院：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)

入院外：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか？ はい・いいえ

9. 治療実費：様式B

10. 担当医の名前及び病院又は診療所住所

名前：姓 _____ 名 _____

住所：_____

電話：_____

11. 翻訳者の名前及び住所

名前：_____

住所：_____

電話：_____

領収明細書（海外分） 翻訳

様式 B

1. 初 診 料 : _____
2. 再 診 料 : _____
3. 往 診 料 : _____
4. 入 院 管 理 料 : _____
5. 入 院 費 : _____
6. 診 察 費 : _____
7. 手 術 費 : _____
8. 職 業 看 護 師 費 : _____
9. X 線 検 査 費 : _____
10. 諸 検 査 費 : _____

11. 医 薬 費 : _____

12. 包 帯 費 : _____
13. 麻 酔 費 : _____
14. 手 術 室 費 用 : _____
15. その他(項目明記) : _____

16. 合 計 : _____通貨単位_____

担当医の名前及び病院又は診療所住所

名 前 : 姓 _____ 名 _____

住 所 : _____

電 話 : _____

翻訳者の名前及び住所

名 前 : _____

住 所 : _____

電 話 : _____

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。

Attending Dentist 't Statement

歯科診療内容明細書

Name of Patient _____ Date of Birth _____ Sex M F
 患者名 生年月日 性別 男 女
Initial Office Visit _____ Days of services _____ days _____
 初診日 診療日数 日間

Tooth Number 歯式																									
R Permanent Tooth 永久歯 L										R Milky Tooth 乳歯 L															
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
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 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

Name and Address of Dentist / Office (歯科医の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地)

Date (日付)

Signature (署名)
