

Form A

Request to Attending Physician
 担当医へお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health Insurance benefit.
この用紙は、患者の国民健康保険の給付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.
この用紙は、担当医師が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form hospitalization / outpatient (home visit) be filled out.
この用紙は、毎月ごと、入院、入院外ごとに付き一枚必要です。

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.
 傷病名及び国民健康保険制度用国際疾病分類番号 _____
 3. Date of First Diagnosis 初診日 : _____ D / _____ M / _____ Y
 4. Duration of Treatment 診療日数 : _____ days
 5. Type of Treatment 治療の分類
☐ Hospitalization : From _____ D / _____ M / _____ Y, to _____ D / _____ M / _____ Y (_____ days)
 入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
☐ Out patient or Home Visit : _____ D / _____ M / _____ Y _____ D / _____ M / _____ Y
 入院外 _____ D / _____ M / _____ Y _____ D / _____ M / _____ Y
 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 _____

翻訳（様式Aの続紙）

2. 傷病名

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	
住 所	電話