

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 內 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	⑩
住 所	電話

## Form B

### Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

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 either the attending physician or the superintendent of the hospital / clinic.

この用紙は、担当医または病院の事務長が書き、かつ署名をしてください。

3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.

この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとに付き一枚必要です。

### Itemized receipt

### 領 収 明 細 書

(支払通貨)

(Payment currency is )

(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) X-ray examination	X線検査費	_____
(9) Medication	医薬費	_____
(10) Anesthetics	麻酔費	_____
(11) Operating room charge	手術室費用	_____
(12) Others (specify)	その他 (項目明記)	_____
\$ _____ \$ _____		
(13) Total	合 計	_____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.

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 称号

Address : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
住所 Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
日付 署名

翻訳（様式Bの続紙）

(12) その他（項目明記）

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	<div>印</div>
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 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。

1. This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が記入し、署名してください。

2. One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.

各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。

Separate receipt required for prescriptions.

薬剤料は別に処方箋を添付のこと。

Permanent (疾病の名称および部位)

Baby teeth (乳歯)

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

V IV III II I

I II III IV V

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

V IV III II I

I II III IV V

Identify examined teeth: (該当する部位を○で囲み病名をつける)

• Cavity (C) (虫歯)

• missing teeth (F) (欠歯)

• stomatitis (G) (口内炎)

• Pyorrhea alveolaris (P) (歯槽膿漏)

• extraction needed (Z) (要抜歯)

Date of First Diagnosis (初診日)

Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) \_\_\_\_\_ day(日間)

Office Visit Fees (診断料)

Examination Fees (検査料)

X-Ray Fee (レントゲン)

Other (その他)

Currency paid

(支払通貨)

Services (治療した歯の部位と治療の種類)

Describe when gold or platinum was used

(治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)

• Filling (充てん)

• Inlaying (インレー又はアンレー)

• Capping(metal) (金属冠)

• Jacket capping (ジャケット冠)

• Capping connected (歯冠継続歯)

Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)

• Bridge (ブリッジ)

• Total artificial teeth (総義歯)

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)

Total (計)

Signature of Doctor (担当医署名)

Date (日付)

翻訳（様式 B-2 の続紙：歯科）

その他

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	⑩
住 所	電話