

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 Physician's Statement  
診療内容明細書

Form A

様式A

1. Name of Patient (Last, First)	Age (Date of birth)	Sex (Male · Female)
患者名	年齢(生年月日)	性別

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

(No. )

3. Date of first Diagnosis  
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment  
診療日数 days

5. Type of Treatment  
治療の分類

<input type="checkbox"/> Hospitalization	From	/	/	to	/	/	( days)
入院	自	/	/	至	/	/	( 日間)
<input type="checkbox"/> Outpatient or Home Visit		/	/		/	/	
入院外		/	/		/	/	

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。

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B  
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所

Name	Last (姓)	First (名)	Title (称号)
Address	Home (自宅)		Phone (電話)
	Office (病院または診療所)		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

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

\_\_\_\_\_

6. 症状の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. 処方、手術その他の処置の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

翻訳者

住所

\_\_\_\_\_

氏名



\_\_\_\_\_

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。

Itemized Receipt  
領 収 明 細 書

Form B

様式B

(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	\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
(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 (特 記 せ よ)		\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
(16) Total	合 計		\$	

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

\*\* 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。

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

担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		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 \_\_\_\_\_

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

---

---

---

---

---

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

---

---

---

---

---

(15) 特記事項

---

---

---

---

---

翻訳者

住所

---

氏名

---

電話

---