|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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書き，かつ署名して下さい。3．One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit)Should be filled out.　各月毎，入院・入院外毎に付，この様式１枚が必要です。 | 翻訳者　 |
|  | 氏名 |
|  | 住所 |
| Tel.　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 foruse of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).　　傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(附録参照)　　(No.)3．Date of First Diagnosis:　　　　　　,　　　　　　　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,　to, 　　(days)　　　　入院　　　自　,　至, 　　(日間)□ 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。　　　　　　　　　　　　　はい　　　 いいえ9．Itemized Amounts paid to Hospital & / or Attending Physician. :　Fill in Form B項目別治療実費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式Bによる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 Report (if applicable)診療録の番号 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Request to Attending Phvsician 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 orthe superintendent of a hospital/clinic.この様式は担当医又は病院の事務長が書き，かつ署名して下さい。3．One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit)should be filled out.各月毎，入院・入院外毎に付この様式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下さい。 | 翻訳者 |
| 氏名 |
| 住所 |
| Tel　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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) Anaethetics 麻酔費 $(14) Operating Room Charge 手術室費用 $(15) Others (Specify) その他(項目明記) $　　$　$ Unit is 貨幣単位(16) Total 合計 $Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a 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 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 |