1. This form is used for claiming the social insurance benefit.

（この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。）

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,one form for hospitalization/outpatient and home visit.

（各月毎、入院・入院外毎に付この様式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 Number of International Classification of Diseases for the use of

Social Insurance (See the Attached)

（傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号〖添付〗）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(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 　　to　　　　　　 , 20 ( 　 days)

　　　（入院）　　　　（自）　　　　　　　　　　　　　　　（至）　　　　　　　　　　（　　　　日間）

　　□ Out-patient or Home Visit: 　　　　　　 , 20 　　　　　　 , 20

（入院外）　　　　　　　　 　　　　　　 , 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: Form B

（治療実費）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式 B）

10. Name and Address of Attending Physician（担当医の名前および住所）

Name（名前） Last（姓） First（名）

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)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（診療記録の番号）

**診療内容明細書（翻訳文）**

様式 A’

１．　患者名　　　　　　　　　　　年齢（　　　　）昭・平　　　年 　　月　　　日（性別）男・女

２．　傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号（　　　　　　）

　　　１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２）

　　　３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　４）

３．　初診日　　　　　　　年　　　月　　　日

４．　診療日数　　　　　　　　　日

５．　治療分類

　　　□入院　　自　　　　年　　　月　　　日　　　至　　　　　年　　　月　　　　日（　　　　日間）

　　　□入院外　　　　　　年　　　月　　　日・　　　　　年　　　月　　　日・　　　　年　　　月　　　日

　　　年　　　月　　　日・　　　　　年　　　月　　　日・　　　　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　　□

　　　（何をしていた時、どうして負傷、発病したかを具体的に被保険者が記入して下さい。）

1. 担当医の名前及び住所

　　　　　名前

　　　　　住所（病院又は診療所）

住所

　　　　　　　　氏名

翻訳者の

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.

（この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。）

2. This form should be completed and signed by either the attending physician or

　　the 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,one form for hospitalization/outpatient and home visit.

（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。）

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) Anethetics | （麻酔費） | ＄　　　　　　　　　 |  |
| (14) Operating Rooms Charge | （手術室費用） | ＄　　　　　　　　　 |  |
| (15) Others (Specify) | （その他（特記せよ）） | ＄　　　　　　　　　 | ＄　　　　　　　　　 |
|  |  | ＄　　　　　　　　　 | ＄　　　　　　　　　 |
| (16) Total | （合計） | ＄　　　　　　　　　 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Unit is

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（貨幣単位）

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for 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）

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）