

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(男・女)

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer the table attached to this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(別紙参照)

_____ (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 _____ , _____ to _____ , _____
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 ☐
治療は事故の障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 Record (if applicable)

診療録の番号 _____

Request to Attending Physician 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 or the superintendent of hospital / clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、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・入院外毎につき、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。

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) Anaesthetics	麻酔費	\$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15) Others (Specify)	その他(項目明記)	\$	\$
		\$	\$
			Unit is
(16) Total	合 計	\$	貨幣単位

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

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。

ITEMIZED RECEIPT (DENTAL)

領 収 明 細 書 (歯科)

Name of Patient _____

受診者名

Age (Date of Birth) _____

年齢 (生年月日)

Sex (Male ・ Female)

性別 (男 ・ 女)

Date of First Diagnosis

初診日

Days of Diagnosis and Treatment

診療日数

days

Localization of Teeth 部位																																	
Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯																																
R. <table><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>	8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	L. <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1																										
8	7	6	5	4	3	2	1																										
1	2	3	4	5	6	7	8																										
1	2	3	4	5	6	7	8																										
R. <table><tr><td>e</td><td>d</td><td>c</td><td>b</td><td>a</td></tr><tr><td>e</td><td>d</td><td>c</td><td>b</td><td>a</td></tr></table>	e	d	c	b	a	e	d	c	b	a	L. <table><tr><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>e</td></tr><tr><td>a</td><td>b</td><td>c</td><td>d</td><td>e</td></tr></table>	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e												
e	d	c	b	a																													
e	d	c	b	a																													
a	b	c	d	e																													
a	b	c	d	e																													

1 . Name of Illness 傷病名

1. Dental Caries

う蝕症

2. Missing Teeth

欠損

3. Pyorrhea Alveolaris

歯槽膿漏

4. The Others

その他

2 . Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
*Initial Office Visit 初診料			
*X-Ray Examination レントゲン検査			
*Dental Pulp Extirpation 抜髄			
*Extraction 抜歯			
*Filling 充填			
*Inlay インレー			
*Metal Crown 金属冠			
*Post Crown 継続歯			
*Jacket Crown ジャケット冠			
*Bridge Work ブリッジ			
*Plate Denture 有床義歯			
Partial Denture 局部義歯			
Complete Denture 総義歯			
*Treatment of 歯槽膿漏処置			
Pyorrhea Alveolaris			
*Medicine 投薬			
*The Others その他			

Total 合計

Name of Dental Surgeon

医師の氏名

Signature

署名

Name and Address of Dentist's Office

歯科医院の名称及び所在地

Date

日付

診療内容明細書(海外分) 翻訳

1. 患者名: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別: 男・女

2. 傷病名:

傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号:

3. 初診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 診療日数: _____ 日

5. 治療の分類

入院: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)

入院外: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)

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]

9. 治療実費: 様式B

10. 担当医の名前及び病院又は診療所住所

名 前: 姓 _____ 名 _____

住 所: _____

電 話: _____

11. 翻訳者の名前及び住所

名 前: _____

住 所: _____

電 話: _____

領収明細書(海外分) 翻訳

(1) 初 診 料	_____	
(2) 再 診 料	_____	
(3) 往 診 料	_____	
(4) 入院管理料	_____	
(5) 入 院 費	_____	
(6) 診 察 費	_____	
(7) 手 術 費	_____	
(8) 職業看護婦費	_____	
(9) X 線検査費	_____	
(10) 諸検査費	_____	
(11) 医 薬 費	_____	
(12) 包 帯 費	_____	
(13) 麻 酔 費	_____	
(14) 手術室費用	_____	
(15) その他(項目明記)	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
(16) 合 計	_____	

担当医の名前及び病院又は診療所住所

名 前:姓 _____ 名 _____

住 所: _____

電 話: _____

翻訳者の名前及び住所

名 前: _____

住 所: _____

電 話: _____