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 benefi
   この様式は患者の国民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 physicia
   この様式は担当医が書き，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，入院，入院外毎に付き，この様式1枚が必要です。

Form 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 classificationof diseases for the use National Health Insurance(See the other side of this form)
   病症名及び国民健康保険用国際疾病分類番号（裏面参照）
3. Date of First Diagnosis; D / M / Y　　/　　/
   初診日　日/月/年　　/　　/
4. Duration of Treatment; _____ days
   診療日数 _____ 日
5. Type of Treatment
   治療の分類
   ☐ Hospitalization:　From　/　/　, to　/　/　(　　days)
   入院　自　/　/　至　/　/　(　　日)
   ☐ Out patient 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 treatment(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☐
   この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; Form B
   治療実費　様式B
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 病院または診療所 _____ 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 _____

Form 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)	X-Ray Examinations	X線検査費	$	
(9)	Medicines	医薬費	$	
(10)	Anesthetics	麻酔費	$	
(11)	Operating Room Charge	手術室費用	$	
(12)	The Others (Specify)	その他(項目明記)	$	$
(13)	Total	合計	$	

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ないものは除いてください。

Name and Address of Attending physician / Superintendent of Hospital or Clinic.
担当医また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 病院または診療所 Phone 電話

Date 日付 Signature 署名