Form A

＊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。
＊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。

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 National Health Insurance (See the other side of this form)
傷病名およ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 初診日 ： D(日)／M(月)／Y(年) ____／____／____

4. Duration of Treatment 診療日数 ： ________days(日)

5. Type of Treatment 治療の分類
□Hospitalization 入院 ：From 自____／____／____, to 至____／____／____ (days (日間))
□Out Patient or Home Visit 入院外 ： ____／____／____ ____／____／____
____／____／____ ____／____／____

6. Nature and Condition of Illness or Injury（in details） 症状の概要(できるだけ詳細に)

7. Prescription, Operation and Any other treatments（in details） 処方，手術その他の処置の概要
（できるだけ詳細に）

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 治療実費 ：Form B 様式 B

10. Name and Address of Medical Institution and Attending Physician 医療機関・担当医の名前・住所
Name of Medical Institution 医療機関名：

Address of Medical Institution 医療機関の住所:
Phone 電話

Name of Attending Physician 担当医名：
Last 姓 First 名 Title 称号

Home Address of Attending Physician 担当医自宅の住所:
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________________