

* 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 separate document)
傷病名および国民健康保険用国際疾病分類番号(別紙参照) _____
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 _____