Form A
様式A

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、かつ署名してください。
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が1枚必要です。

Attending Physician's Statement
医科診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male・Female)
患者名 KENPO TARO 年齢(生年月日) 26.01.1960 性別 (男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
傷病名(社会保険表章用国際疾病分類番号)
3. Date of First Diagnosis : 12 JAN , 20 08
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : 1 days
診療日数
5. Type of Treatment
治療の分類
☐ Hospitalization : From , 20 to , 20 (days)
入院 自 至
☐ 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 高脂血症
7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
高脂血症薬剤の処方
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 Ateending physician : From 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 ○○○○
Address 住所 : Home 自宅 △△△△△ Phone
Office 病院又は診療所 ○○○○○ Phone ×××(××)×××

Date 日付 12 JAN 2008 Signature 署名 ○○○○

Ateending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号

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	$	520	
(12)	Surgical Dressing	包　帯　費	$		
(13)	Anesthetics	麻　酔　費	$		
(14)	Operating Room Charge	手術室費用	$		
(15)	The Others (Specify)	その他(特記せよ)	$		$
			$		$
(16)	Total	合　　計	$	520	

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 : Last ○○○○ First ○○○○ Title

名前 姓 名

Address : Home 自宅 △△△△△ Phone

住所 Office 病院又は診療所 ○○○○○ Phone ×××(××)×××

Date 12 JAN 2008 Signature ○○○○

日付 署名