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、かつ署名して下さい。

3.One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎につきこの様式が１枚必要です。

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 of Social Insurance
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

3.Date of First Diagnosis 初診日： ______________, 20 ______

4.Days of Diagnosis and Treatment 診療日数： ______________ days

5.Type of Treatment
治療の分類

☐ Hospitalization: From ______________, 20 ______ to ______________, 20 ______ (days)
入 院 自 至 (日間)

☐ 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

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 ______________

Address 住所：Home 自宅 Phone
____

Office 病院又は診療所 Phone
____

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
様 式 B

Itemized Receipt
領収明細書

No.	Item	項目	Amount	
(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)	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	$	

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 ______ Signature ______
日 付 署 名