

自筆の場合捺印不要

■邦訳（様式 A）

2.傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

別紙：診療内容明細書 様式 A－2

日本語訳を記入して下さい。

6. 症状の概要

別紙：診療内容明細書 様式 A－6

日本語訳を記入して下さい。

7.処方、手術その他の処置の概要

別紙：診療内容明細書 様式 A－7

日本語訳を記入して下さい。

■邦訳（様式 B）

15.その他（項目明記）

別紙：領収明細書 様式 B－15

日本語訳を記入して下さい。

■邦訳（様式 A）

2.傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

★ 別紙：診療内容明細書 様式 A－2

日本語訳を記入して下さい。

6. 症状の概要

★ 別紙：診療内容明細書 様式 A－6

日本語訳を記入して下さい。

7.処方、手術その他の処置の概要

★ 別紙：診療内容明細書 様式 A－7

日本語訳を記入して下さい。

■邦訳（様式 B）

15.その他（項目明記）

★ 別紙：領収明細書 様式 B－1 5

日本語訳を記入して下さい。

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 social insurance benefit.
この様式は患者の社会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 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 and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付、この様式 1 枚が必要です。

翻訳者

氏名

健 保 太 郎

住所

〇〇県〇〇市〇〇町
〇〇番地〇〇

Tel

123-456-7890

Form A
様式 AAttending 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 the number of International Classification of Diseases for
use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

_____ (No.)

3. Date of First Diagnosis : _____, 20_____
初 診 日

4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診 療 日 数 日 間

5. Type of Treatment
治療の分類

この欄は医師に記入してもらってください

☐ Hospitalization : From _____, _____ to _____, 20_____
入 院 自 至 (days)
日 間

☐ Outpatient or Home Visit _____, _____, 20_____
入 院 外 _____, _____, 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 ☐
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital &/ or Attending Physician. : Fill in Form B
項目別治療実費 様式 B による

10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名称及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____

Signature 署名 _____

Attending Physician 担 当 医
Reference Number of your Medical Report (if applicable)

診療録の番号 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名して下さい。
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、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

翻訳者

氏名

健 保 太 郎

住所

〇〇県〇〇市〇〇町
〇〇番地〇〇

Tel

123-456-7890

Form B
様式 BItemized 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	職業看護師費	\$	
(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) Anaesthetics	麻 酔 費	\$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15) Others (Specify)	その他(項目明記)	\$	\$ \$
Unit is 貨幣単位			
(16) Total	合 計	\$	

この欄は医師に記入してもらってください

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e., payment for a 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 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : 日付

Signature 署名