Form A　1．This form is used for claiming the social insurance benefit.
様式 A　　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・入院外毎に付この様式が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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年令（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 (See the other side of this form)
傷病名及び社会保険表彰用国際疾病分類番号（裏面参照）
No.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3.Date of First Diagnosis(D/M/Y)：＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿
初　診　日

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

5.Type of Treatment (D/M/Y)
治療の分類
☐Hospitalization：　From ＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿To ＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿　(　days)
入院　　自　＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿至 ＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿　(　日間)
☐Out patient or Home Visit：＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿・＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿
入院外　　＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿・＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿

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ですか。　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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

翻訳者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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 Hospitalization　入　院　費：＿＿＿＿＿＿
⑤ Consultation　診　察　費：＿＿＿＿＿＿
⑥ Operation　手　術　費：＿＿＿＿＿＿
⑦ Professional Nursing　職業看護師費：＿＿＿＿＿＿
⑧ X-Ray Examinations　X 線 検 査 費：＿＿＿＿＿＿
⑨ Laboratory Tests　諸　検　査　費
Please provide details below (検査内容を記入)
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿＿＿＿
⑩ Medicines　医　薬　費
Please provide the name and dosage for each medication (薬品名・投薬量を記入)
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿＿＿＿
⑪ Treatments/Procedures　処　置　費：＿＿＿＿＿＿
⑫ Surgical Dressing　包　帯　費：＿＿＿＿＿＿
⑬ Anesthetics　麻　酔　費：＿＿＿＿＿＿
⑭ Operating Room Charge　手 術 室 費 用：
⑮ Other(Please specify)　その他 (特記)
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿＿＿＿
⑯ Total　合　計：＿＿＿＿＿＿

Currency Unit ＿＿＿＿＿＿
通貨単位

Important : Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.
注意 : 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄
Medical Institution Name : (医療機関名) ＿＿＿＿＿＿
Address : (住所) ＿＿＿＿＿＿
Name of Physician : (担当医名)　Title : (称号)
＿＿＿＿＿＿
Signature : (署名)　Phone : (電話) ＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿　Date Completed : (作成年月日) ＿＿＿＿＿＿

翻訳者
住所 ＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿
氏名 ＿＿＿＿＿＿
TEL ＿＿＿＿＿＿