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・入院外毎に付きこの様式１枚が必要です。

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
傷病名

３．Date of First Diagnosis ： ＿＿＿＿＿＿ , ＿＿＿＿＿
初診日

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

５．Type of Treatment
治療の分類

☐ Hospitalization ： From＿＿＿＿＿＿ , ＿＿＿＿＿＿ to＿＿＿＿＿＿ , ＿＿＿＿＿＿ (　　days)
入院　　自　　至
☐ 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
担当医の名前および住所
Name　名前　：　Last 姓＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　First 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Address 住所　：　Home 自宅＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Phone＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Office 病院＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
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

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・入院外毎に付きこの様式１枚が必要です。

Itemized Receipt
領収明細書

⑴	Fee for Initial Office Visit	初診料	$	
⑵	Fee for Follow-up Office Visit	再診料	$	
⑶	Fee for Home Visit	往診料	$	
⑷	Fee for Hospital Visit	入院管理料	$	
⑸	Hospitalization	入院費	$	
⑹	Consultation	診察費	$	
⑺	Operation	手術費	$	
⑻	Professional Nursing	職業看護婦費	$	
⑼	X-Ray Examinations	Ｘ線検査費	$	
⑽	Laboratory Tests	諸検査費	$	
⑾	Medicines	医薬費	$	
⑿	Surgical Dressing	包帯費	$	
⒀	Anesthetic	麻酔費	$	
⒁	Operating Room Charge	手術室費用	$	
⒂	The Others (Specify)	その他（特記せよ）	$	$
			$	$
⒃	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ないものは除いてください。

Name and Address of Attending physician / Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前および住所

Name ： Last First Title
名前　　姓　　名

Address： Home 自宅 Phone

Office 病院 Phone

Date ： Signature
日付　　署名