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・入院外毎に付この様式１枚が必要です。

記入例

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用国際疾病分類番号（裏面参照）
3. Date of First Diagnosis： ＿＿＿＿＿＿＿＿ , 19＿＿＿＿
初 診 日
4. Days of Diagnosis and Treatment： ＿＿＿＿＿＿ d ays
診 療 日 数
5. Type of Treatment
治療の分類
☐Hospitalization： From＿＿＿＿＿＿ , 19＿＿＿＿ to ＿＿＿＿＿＿,19＿＿＿＿(　　days)
入院 自 至 (　　日間)
☐Out patient or Home Visit ＿＿＿＿＿＿ , 19＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿ , 19＿＿＿＿
入院外 ＿＿＿＿＿＿ , 19＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿ , 19＿＿＿＿
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要

治療を受けた医師に
記入してもらいます

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 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

(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	$＿＿＿＿＿＿

治療を受けた医師に
記入してもらいます

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 ＿＿＿＿＿＿
Address 住所 ： Home 自宅 ＿＿＿＿＿＿ Phone ＿＿＿＿＿＿
Office 病院又は診療所 ＿＿＿＿＿＿ Phone ＿＿＿＿＿＿
Date 日付 ＿＿＿＿＿＿ Signature 署名 ＿＿＿＿＿＿