

Request to Attending Physician 担当医へお願い

- 1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.
この様式は患者の国民健康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記入し、署名してください。
3. One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に、この様式 1 枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書 FormA

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 National Health Insurance
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(別紙参照)

3. Date of First Diagnosis : D / M / Y
初診日 日 / 月 / 年

4. Duration of Treatment : days
診療日数 日

5. Type of Treatment
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 Title 称号
Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話
: Office 病院または診療所 Phone 電話

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