

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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
この様式は担当医もしくは病院長が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month, one form for each hospitalization / outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に、この様式が一枚必要です。

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 of Social Insurance 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 _____
3. Date of First Diagnosis _____, 20_____
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 _____, 20_____, To _____, 20_____ (_____ Days)
入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
☐ Out patient or Home visit : _____, 20_____, _____, 20_____
入院外 _____, 20_____, _____, 20_____
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
7. Prescription, operation and any other of an 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。
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 : Office _____
Date 日付 : _____ Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____
Signature 署名 _____

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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
この様式は担当医もしくは病院長が書き、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、この様式が一枚必要です。

Itemized Receipt (領収明細書)

Name of Patient ()

(1) Fee for Initial Office Visit	初 診 料	
(2) Fee for Follow -up Office Visit	再 診 療	
(3) Fee for Home Visit	往 診 料	
(4) Fee for Hospital Visit	入 院 管 理 費	
(5) Hospitalization	入 院 料	
(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	

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のないものは除いてください。

Name of Attending Physician

担当医の名前

Name : Last First Title
名前 姓 名

Date Signature
日付 署名

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。
Itemized Receipt (Dental) 領収明細書 (歯科)

Name of Patient()

Localization of Teeth 部位															
Permanent Teeth 永久歯								Deciduous Teeth 乳歯							
R. 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L.								R. e d c b a e d c b a L. a b c d e a b c d e							
1. Name of Illness 傷病名															
(1) Dental Caries う 触 症				(2) Missing Teeth 欠 損				(3) Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏				(4) The Others そ の 他			
2. Dental Treatment 歯科治療				Localization of Teeth Examined 患歯部位				Material 材 料				Fee 治 療 費			
(1) Initial Office Visit 初診料															
(2) X-Ray Examination レントゲン検査															
(3) Dental Pulp Extirpation 抜髄															
(4) Operation 手術															
(5) Extraction 抜歯															
(6) Filling 充填															
(7) Inlay インレー															
(8) Metal Crown 金属冠															
(9) Post Crown 継続歯															
(10) Jacket Crown ジャケット冠															
(11) Bridge Work ブリッジ															
(12) Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯															
(13) Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置															
(14) Medicine 投薬															
(15) The Others その他															

(the currency unit 通貨単位) Total 合計

Name of Dental Surgeon 医師氏名 Signature 署名

Name and Address of Dentist's Office 歯科医院の名称・所在地

Date 日付