Form A

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

（様式A）

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

○ Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の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。

○ This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

○ One form for each month and one form for hospitalization/outpatient（home visit）should be filled out.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

1．Name of Patient（Last , First）患者名 _____

Age（Date of birth）年齢（生年月日） ・ ・ Sex 性別 Male 男 ・ Female 女

2．Name of Illness or Injury preferably with the Number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance (Please refer to the table attached to this form.）傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

_____（No. ）

3．Date of First Diagnosis 初診日 ・ ・

4．Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 days

5．Type of Treatment 治療の分類

□ Hospitalization 入院 From ・ ・ to ・ ・ (days)

□ Out patient or Home Visit 入院外 Month 月： Year 年：

Date 日付:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

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 ? 治療は事故の傷害によるものですか。

Yes はい ・ No いいえ

9．Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician 医療機関又は担当医に支払った医療費の内訳

▷ Fill in Form B 様式Bによる

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

Office Address 病院又は診療所の住所

Office 病院又は診療所の名称 Phone 電話

Date 日付 ・ ・ Signature 署名

Reference Number of your Medical Record（if applicable）診療録の番号

Form B

Itemized Receipt 領収明細書

（様式Ｂ）

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

○ Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の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。

○ This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

○ One form for each month and one form for hospitalization/outpatient（home visit）should be filled out.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

Name of Patient（Last , First）患者名 _____

Country 国名 _____ Currency unit 通貨単位 _____

	Item（項目）		Amount（金額）
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 （職業看護師費）		
9	X-ray Examinations （Ｘ線検査費）		
10	Laboratory Tests （諸検査費） Please fill in the content of the Laboratory Tests. 諸検査の内容を記入してください。		
11	Medicines （医薬費） Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. 処方した薬の名称と量を記入してください。		
12	Surgical Dressing （包帯費）		
13	Anesthetics （麻酔費）		
14	Operating Room Charge （手術室費用）		
15	The Others （その他・特記） （Specify）		
	Total 合計		

※ Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e,payment for a luxurious room charge.
特別室料等、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 担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 ・ ・ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record（if applicable）診療録の番号 _____

Form C

（様式C）

Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書

（Itemized Receipt 領収明細書）

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

○ Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の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。

○ This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

○ One form for each month and one form for hospitalization/outpatient（home visit）should be filled out.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

1．Name of Patient（Last , First）患者名 _____

2．Age（Date of birth）年齢（生年月日） ・ ・ 3．Sex 性別 Male 男 ・ Female 女

4．Date of First Diagnosis 初診日 ・ ・ 5．Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 days

6．Name of Illness 傷病名 □ Dental Caries う蝕症 □ Missing Teeth 欠損 □ Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏

□ The Others その他（ ）

7．Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth 永久歯

R． 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 L．

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

primary teeth 乳歯

R． e d c b a | a b c d e L．

e d c b a | a b c d e

8．Type of Treatment 治療の分類 （ Currency unit 通貨単位 ）

Dental Treatment（歯科治療）	Localization of Teeth Examined（患歯部位）	Material（材料）	Fee（治療費）
Initial Office Visit（初診料）			
X-Ray Examination（レントゲン検査）			
Dental Pulp Extirpation（抜髄）			
Extraction（抜歯）			
Filling（充塡）			
Inlay（インレー）			
Metal Crown（金属冠）			
Post Crown（継続歯）			
Jacket Crown（ジャケット冠）			
Bridge Work（ブリッジ）			
Plate Denture（有床義歯） Partial Denture（局部義歯） Complete Denture（総義歯）			
Treatment of Pyorrhea Alveolaris（歯槽膿漏処置）			
Medicines（投薬）			
The Others（その他）			
		Total（合計）	

9．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

Office Address 病院又は診療所の住所

Office 病院又は診療所の名称 Phone 電話

Date 日付 ・ ・ Signature 署名

Reference Number of your Medical Record（if applicable）診療録の番号