

Request to Attending physician

担当医へお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.**
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。
- This form should be completed and signed by the attending physician.**
担当医が記入し、署名してください。
- One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.** 各月ごと、入院・入院外ごとに、1枚ずつ必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

- Name of patient 患者名 _____ Age (Date of Birth) 年齢(生年月日) _____ D / _____ M / _____ Y Sex (Male ・ Female) 性別(男 ・ 女)
- Name of Illness or Injury preferably with the Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (See the attached paper)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)

- Date of First Diagnosis 初診日 : _____ D / _____ M / _____ Y
- Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 : _____ days
- Type of Treatment 治療の分類
 Hospitalization : From _____ D / _____ M / _____ Y , to _____ D / _____ M / _____ Y (_____ days)
入院 自 至 (_____ 日間)
 Out patient or Home Visit : _____ D / _____ M / _____ Y _____ D / _____ M / _____ Y
入院外 _____ D / _____ M / _____ Y _____ D / _____ M / _____ Y
- Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要
- Prescription, Operation and Any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要
- 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
- Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
項目別治療実費 様式Bに記入
- Name of Attending Physician** 担当医の名前
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
Name of Hospital 病院名 : _____
Address 住所 : _____ phone 電話 _____
Date 日付 : _____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 _____