Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health Insurance benefit. この用紙は、患者の国民健康保険の給付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. この用紙は、担当医師が書き、かつ署名してください。
- 3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとに一枚必要です。

Attending Physican's Statement 診療内容明細書

1.	Name of Patient (Last, First) Ag	me of Patient (Last, First) Age (Date of Birth)			Se	Sex (Male • Female)		
	患者名 5	三齢	(生年)	月日)			性別(男·	女)
2.	Name of Illness or Injury prefer	ably	y with	the Numb	er of	Intern	ational (Classification
	of diseases for the use of Nation	al I	Health	Insurance	e (See	the at	ttached pa	aper)
	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.	Days Diagnosis and Treatment:		da	/S				
	診療日数		E	間				
5.	Type of Treatment							
	治療の分類							
	☐ Hospitalization: From /		/	, to	/	/	(days)
	入院自			至			(日間)
	☐ Outpatient 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 r	esu.	lt of a	an accider	ntal i	njury?	Yes□	No 🗆
	治療は事故の障害によるものですか	0					はい	いいえ

9. Itemized Amounts pa	id to Hospital and/ c	or Attending Physician	: Fill in Form B.					
項目別治療実費			様式 B に記入					
10. Name and Address o	f Attending Physician	n						
担当医の名前及び信	上所							
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	奈 所	phone 電話					
Date 日付:								
		Att	ending Physician 担当医					
	Reference Number of your Medical Record (if applicabl							
	診療録の番号							