



## 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 National Health Insurance (See the other side of this form)  
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(裏面参照)

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 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Itemized receipt  
領 収 明 細 書

(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) X-ray examination	X線検査費	\$	_____
(9) Medication	医薬費	\$	_____
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	_____
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	_____
(12) Others(specify)	その他(項目明記)	\$	_____ \$ _____
(13) Total	合 計	\$	_____

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed.

注 意：高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name

名前	:	Last	_____	First	_____	Title	_____
		姓		名		称号	

Address	:	Home	_____	Phone	_____
住所		Office	_____	Phone	_____
		病院又は診療所		電話	

Date	:	_____	Signature	_____
日付			署名	

## 同意書

私が申請する海外療養費支給申請書について、貴組合の職員あるいは、貴組合が委託した事業者が、申請書類に記載された医療機関等に対して、該当する療養行為に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

治療期間

年 月 日 ~ 年 月 日

署名日

年 月 日

**受診者** (組合員と異なる場合にご記入ください。)

生年月日 年 月 日

氏名 (自署)

**組合員**

住所

生年月日 年 月 日

氏名 (自署)