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.
   この様式は患者の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。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
   この様式は担当医が記入し、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.
   月ごと、入院・入院外ごとに、この様式１枚が必要です。

Form A
様式A

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

1. Name of Patient 患者氏名_____ Age(Date of Birth) 年齢(生年月日)_____ Sex(Male･Female) 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 attached papers)
   傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号（別添参照）

3. Date of First Diagnosis（初診日）： D(日) ／ M(月) ／ Y(年) _____／_____／_____

4. Duration of Treatment （診療日数）：_____days（日）

5. Type of Treatment（治療の分類）
   ☐ Hospitalization : From(自)_____／_____／_____ , to(至)_____／_____／_____ , _____days(日)
   入院
   ☐ 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_____

Request to Attending Dentist
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.
   この様式は患者の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。
2. This form should be completed and signed by the attending dentist.
   この様式は担当医が記入し、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.
   月ごと、入院・入院外ごとに、この様式１枚が必要です。

Attending Dentist's Statement
歯 科 診 療 内 容 明 細 書

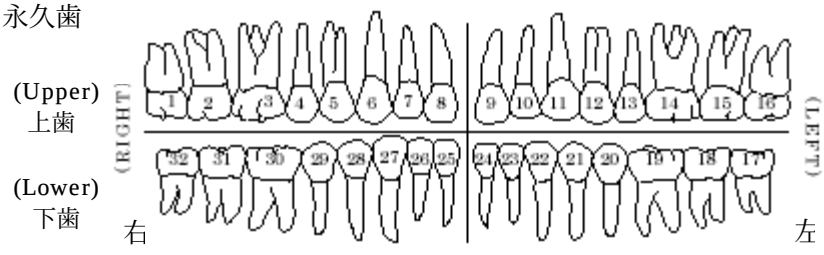
Name of Patient　　Age(Date of Birth)　　Sex(Male･Female)

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢(生年月日)＿＿＿＿＿＿　性別（男・女）＿＿＿＿

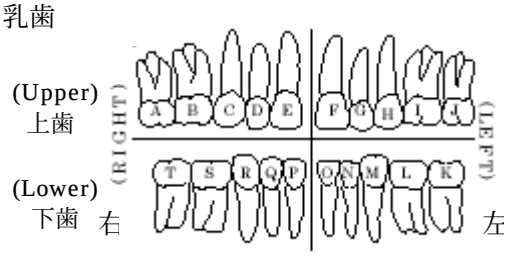
Date of First Diagnosis(初診日) : D(日) ／ M(月) ／ Y(年)　＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿

Duration of Treatment(診療日数) : ＿＿＿＿＿＿days(日)

Permanent tooth
永久歯



Primary tooth
乳歯



Tooth No. Or Letter 歯列番号 又は記号	Description of Service 治 療 内 容 (Including X-Rays,Prophylaxis,Materials used,etc.) （エックス線、予防処置、治療材料等を含む）	Date DA. (日)	Date MO. (月)	Date YR. (年)	Amount 金額
	Total Amount 合計				

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

Itemized amounts paid to Hospital and／or Attending Dentist : Form B
治療実費　様式Ｂ

Name and Address of Attending Dentist
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 Dentist 担当医

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