

**Form A**

1. This form is used for claiming the health insurance benefit.  
この様式は、健康保険の給付の申請に使用されます。
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 sheet of this form is to be used for each month / hospitalization / out patient / home visit.  
各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。

## Attending Physician's Statement

## 診療内容明細書

1. 【患者名】 Name of Patient : \_\_\_\_\_  
 【生年月日】 Age (Date of Birth) : Day : \_\_\_\_\_ Month : \_\_\_\_\_ Year : \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 【性別】 Sex : \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_
2. Name of illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance (See the other side of this form)  
 【傷病名】 A sickness and wound name : \_\_\_\_\_  
 【国民健康保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)】  
 international classification of diseases for the use of national health insurance : \_\_\_\_\_
3. 【治療の種類】 Type of Treatment : (入院) Hospitalization / (入院外) out patient or home visit  
 【初診日】 Date of First visit : Day : \_\_\_\_\_ Month : \_\_\_\_\_ Year : \_\_\_\_\_  
 【診療年月】 Duration of medical examination and treatment :  
 Mark the day when a patient visited your medical institution.  
 (The day when a patient was hospitalized in the case of the hospitalization)  
 【年月】 Month : \_\_\_\_\_ Year : \_\_\_\_\_  
 【診療日】 Date : 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  
 【日数】 Duration : \_\_\_\_\_ Days
4. 【症状の概要】 Nature and Condition of illness or Injury (in brief)
5. 【処方、手術その他の処置の概要】 Prescription, operation and any other treatments (in brief)
6. 【治療は事故の傷害によるものですか?】  
 Was the treatment required as a result of an accidental injury? : Yes • No
7. 【治療実費】 Amounts paid to Hospital / Clinic : ※ Please fill in Form B with the details.
8. 【担当医の名前及び住所】 Name and Address of Attending Physician  
 【主治医名】 Name : \_\_\_\_\_  
 (称号) Title : \_\_\_\_\_  
 【医療機関】 Name of medical institution : \_\_\_\_\_ (電話) Phone : \_\_\_\_\_  
 (医療機関住所) Address : \_\_\_\_\_ (国名) Country : \_\_\_\_\_
- 【記入日】 Date : Day : \_\_\_\_\_ Month : \_\_\_\_\_ Year : \_\_\_\_\_  
 【担当医署名】 Signature of Attending Physician : \_\_\_\_\_  
 Reference number of your medical Record (if applicable)  
 診療録の番号 : \_\_\_\_\_

**Form A (日本語訳用紙)**

診 療 内 容 明 細 書

1. 【患 者 名】: \_\_\_\_\_  
【生年月日】: 年: \_\_\_\_\_ 月: \_\_\_\_\_ 日: \_\_\_\_\_ 受診月での年齢: \_\_\_\_\_  
【性 別】: \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_

2. 【傷 病 名】: \_\_\_\_\_  
【国民健康保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)】: \_\_\_\_\_

3. 【治療の種類】: 入院 / 入院外  
【初診日】: 年: \_\_\_\_\_ 月: \_\_\_\_\_ 日: \_\_\_\_\_  
【診療年月】 医療機関を受診した日に印をつけてください。(入院の場合は入院していた日)  
【年 月】 年: \_\_\_\_\_ 月: \_\_\_\_\_  
【診療日】 日: 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  
【日 数】: \_\_\_\_\_ 日

4. 【症状の概要】

5. 【処方、手術その他の処置の概要】

6. 【治療は事故の傷害によるものですか?】: はい ・ いいえ

7. 【治療実費】: \_\_\_\_\_ ※ 詳しくは様式Bにご記載ください

8. 【担当医の名前及び住所】

【主治医名】: \_\_\_\_\_  
称号: \_\_\_\_\_  
【医療機関】: 医療機関名称: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_  
医療機関住所: \_\_\_\_\_ 国名: \_\_\_\_\_

【記入日】: 年: \_\_\_\_\_ 月: \_\_\_\_\_ 日: \_\_\_\_\_

【担当医署名】: \_\_\_\_\_  
診療録の番号: \_\_\_\_\_

翻訳者氏名 : \_\_\_\_\_  
翻訳者連絡先: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_