

## TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to the Attending Physician  
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.  
この様式は患者の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.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.  
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。

Form A  
様式 AAttending Physician's Statement  
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First)      Sex      **Male**      Female  
患者名 **Taro Kenpo**      性別  
Date of Birth ( D / M / Y )      Medical Record Number      診療録番号  
生年月日 **Aug 10 1978**      **123456**
2. Name of Illness or Injury, Preferably with the International Classification of Diseases Number  
For Health Insurance Purposes. (Please refer to the table attached to this form.)  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. **XXXX**)  
**influenza**
3. Date of Initial Visit ( D / M / Y )  
初診日 **22 4 20XX**
4. No. Days of Visit/Treatment  
診療日数 **1** days
5. Type of Treatment ( D / M / Y )  
治療の分類  
☐ Hospitalization      From      /      /      to      /      /      ( days )  
入院      自      /      /      至      /      /      ( 日間 )  
☐ Outpatient or Home Visit      **22** / **4** / **20XX**      /      /  
入院外      /      /      .      /      /
6. Nature of Illness or Injury (in brief)  
病状の概要  
**headache**
7. Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief)  
処方、手術その他の処置の概要  
**Prescription of painkillers**
8. Was treatment required as a result of accidental injury?      ☐ Yes      ☐ No      ☒  
治療は事故の傷害によるものですか？
9. Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician : Please fill out Form B  
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式 B による

## ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所) **XXXX,XXXXXXXXX**

Name of Physician: (担当医名)

Title: (称号)

**XXXXXXXX**

Signature: (署名)

Phone: (電話) **XX-XXXX-XX**Date Completed: (作成年月日) **10 5 20XX**

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

インフルエンザ

6. 病状の概要

頭痛

7. 処方、手術その他の処置の概要

鎮痛剤を処方

翻訳者

住所

住所

氏名

電話