Form A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.

この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

様式 A 2. This form should be completed and signed by the attending physician. この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。

- $3. One \ form \ for \ each \ month, \ one \ form \ for \ hospitalization/outpatient \ and \ home \ visit.$ 
  - 各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。
- 4. Specify the currency unit used.

通貨単位をご記入ください。

## ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT 診療內容明細書(医科)

1.Patient's Name (Surnam 患者名	e, Given name)	2.Patinet's Date of 生年月日	Birth	3.Patient's Sex 性別 □ Male 男	□ Female	- tr
4.Name of Illness or Injury International Classificat (refer to the attached) 傷病名及び社会保険用国[		5.Nature a 症状の概	and Condition of Illi			
	(NI	,				
6. Type of treatment □Ho	(No. spitalization ノ	<u>)</u> 、院 give hospitalizatio	│ on days 入院	定加療の場合の日数		days 日間
治療の分類 Fre 	M:	D: Y:	То	M: D:	Y:	
□Oı Fre	om	ne Visit 入院外 Days	То			days 日間
7.Was the treatment requi 治療は事故の傷害によるも	red as a result of	D: Y: f A. patient's employ 業務上 □ Yes □ No	ment B.	M: D: an auto accident 交通事故 ] Yes □ No	Y: C. other ac その他の □ Yes	
8.Itemized Receipt	領収明細書	Fee 治療費	9.Prescri ( in brief	iption, operation ar ) 処方、手術その		
(1) Initial Office Visit	初診料					
(2) Follow-Up Office Vis	it 再診料					
(3) Home Visit	往診料					
(4) Hospital Visit	入院管理料					
(5) Hospitalization	入院料					
(6) Consultant	指導料					
(7) Injection, Drip	注射•点滴料	ł				
(8) Medicines	医薬料					
(9) Treatment	処置料					
(10) Operation	手術料					
(11) Anaethetics	麻酔料					
(12)Laboratory Tests	諸検査料					
(13) X-Ray Examinations	X線検査料					
(14) Others (Specify)	その他(特記	せよ)				
(15) Tax	税金					
Total Important : Exclude the	合計 amount irrelevant	t to the treatment,e.g	payment fo	r luxurious room c	harge.	
注 意 :高級室料等治	寮に直接関係のな かんかん かんかん かんかん かんかん かんかん かんかん かんかん かん	いものは除いてください。	>			
Name of Attending Physician Signature 医師の名前 署名						
Name and Address of 医療機関の名称及び所在地	Hospital or Cli	nic				
Date 日付						

## 様式A 邦訳

4 Name of Illness or Injury preferably with Number of Inter Social Insurance 傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号	national Cla	assification of Diseases for the use of
5 Nature and Condition of Illness or Injury(in brief) 症状の概要		
9 Prescription,operation and any other treatments(in brief) 処方、手術その他の処置の概要		
	<b>工</b> 夕	翻訳者記入欄
	氏名	
	住所	
	電話	