

Form A

**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
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 \_\_\_\_\_

(イ) Form B「領収明細書」(原本提出してください)  
 領収明細書(原本)は支払った通貨で記入をお願いしてください。日本  
 円に換算する必要はありません

Form B

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	\$	_____
(14) Currency unit	通貨単位	\$	_____

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 自宅 Phone 電話  
 住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : Signature  
 日付 署名

歯科で治療を受けた場合

(イ) Form B「領収明細書」(原本提出してください)  
領収明細書(原本)は支払った通貨で記入をお願いして  
ください。日本円に換算する必要はありません)

**RECEIPT(DENTAL) 領収明細書 (歯科)**

**Request to Attending physician (担当医へお願い)**

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 for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。
4. Separate receipt required for prescriptions. 薬剤料は別に処方箋を添付のこと。
5. Please specify material, for items marked ※. ※印の項目については材質も明記してください。

Permanent Teeth (疾病の名称及び部位)														Baby Teeth(乳歯)															
R	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	L	V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8		V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V

Identify examined teeth(該当する部位を○で囲み病名をつける)

- Cavity(C)(虫歯)
- missing teeth(F)(欠歯)
- stomatitis(G)(口内炎)
- Pyorrhea alveolaris(P)(歯槽膿漏)
- extraction needed(Z)(要抜歯)

Date of First Diagnosis (初診日)	_____	Currency Paid (支払通貨)
Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数)	_____ days (日間)	
Office Visit Fees (診断料)	_____	
Examination Fees (検査料)	_____	
X-Ray Fees (レントゲン)	_____	
Other (その他)	_____	

Services(治療した歯の部位と治療の種類)	
Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)	
• Filling (充てん)	
• Inlaying (インレー又はアンレー)	
• Capping(metal) (金属冠)	
• Jacket apping (ジャケット冠)	
Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)	
• Bridge (ブリッジ)	
• Partial artificial teeth (局部義歯)	
• Total artificial teeth (総義歯)	

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)	_____	Total (計)
Signature of Doctor (担当医署名)	_____	
Date (日付)	_____	



(オ) 翻訳 (様式 B の続紙) (原本提出してください)

翻訳 (様式 B の続紙)

(12) その他(項目明記)

翻 訳 者 の 記 入 欄	
氏名	<input type="text"/>
住所	<input type="text"/>
	TEL ( )

