

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

1. Please fill in this form so that patient may claim the socila insurance benefit.  
この様式は患者の社会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、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form 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. Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.,payment for a luxurious room charge.  
高級室料等、治療に直接関係ないものは除いて下さい。

## Attending Physician's Statement &amp; Itemized Receipt 診療内容明細書兼領収明細書(医科)

| Name of Patient<br>患者名   |  | Date of Birth<br>生年月日                                    |   | Sex<br>性別  | <input type="checkbox"/> M<br>男 | <input type="checkbox"/> F<br>女 |
|--|--|--|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Initial Office Visit<br>初診日  |  | Month of Services<br>診療月                                 |   | Days of Services<br>診療日数   | days<br>日間                      |                                 |
| Type of Treatment  | <input type="checkbox"/> Outpatient or home visit 入院外 <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院  |  |   |  |                                 |                                 |
| Day of Services<br>診療日   | 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  |  |   |  |                                 |                                 |
| Name of Illness<br>傷病名   | <input type="checkbox"/> Sick 疾病<br><input type="checkbox"/> Preventive Care 予防的診療<br><input type="checkbox"/> Pregnancy in nomal condition 正常経過妊娠 |  |   |  |                                 |                                 |
| Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)<br>症状の概要                         |  |  |   |  |                                 |                                 |
| Prescription, Operation and any other Treatments(in brief)<br>処方、手術その他の処置の概要         |  |  |   |  |                                 |                                 |
| Was the treatment required as a result of an accidental injury?<br>治療は事故の傷害によるものですか。 |  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |   |  |                                 |                                 |
| Medical treatment contents 診療内容  |  |  |   | Fee<br>治療費   |                                 |                                 |
|  |  | <input checked="" type="checkbox"/>                      | supplement 補足   |  |                                 |                                 |
| Initial Office Visit   | 初診   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Follow-up Office Visit   | 再診   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Home Visit   | 往診   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Hospitalization  | 入院診療   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Hospital Visit   | 入院医学管理   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Consultation   | 診察   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Operation  | 手術   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Operatin/Emergency room  | 手術/救急治療室   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Anesthetics  | 麻酔   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Professional Nursing   | 専門看護   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Injection / IV Treatment   | 注射/点滴  | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| X-Ray Examinations   | X線検査   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Physiotherapy  | 理学療法   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Psychotherapy  | 精神療法   | <input type="checkbox"/>                                 |   |  |                                 |                                 |
| Medication   | 投薬   | <input type="checkbox"/>                                 | Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. |  |                                 |                                 |
| Laboratory Tests   | 諸検査  | <input type="checkbox"/>                                 | Please in the content of the Laboratory Tests.  |  |                                 |                                 |
| The Others   | その他  | <input type="checkbox"/>                                 | If you choose other, please be sure to fill in the contents                           |  |                                 |                                 |
| If not in dollars,please specify the unit used. →<br>ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。          |  | Unit is<br>貨幣単位  |   | Total Fee  |                                 |                                 |
| Name and Address of Physian/Hospital,Clinic. Office 医師の氏名及び住所または病院・診療所の名称及び所在地       |  |  |   |  |                                 |                                 |
| Date<br>月日   | Signature<br>署名  |  |   | Reference Number of your Medical Record<br>(if applicable)<br>診療録の番号 |                                 |                                 |

邦 訳

申請者の方へ 1. 医師の記入がある場合は必ず和訳をつけて下さい。  
2. 投薬・諸検査・その他欄☑がある場合は補足(詳細)が必須です。

| Name of Illness<br>傷病名   |          | <input type="checkbox"/> Sick 疾病<br><input type="checkbox"/> Preventive Care 予防的診療<br><input type="checkbox"/> Pregnancy in nomal condition 正常経過妊娠 |            |
|--|----------|--|------------|
| Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)<br>症状の概要                         |          |  |            |
| Prescription, Operation and any other Treatments(in brief)<br>処方、手術その他の処置の概要         |          |  |            |
| Was the treatment required as a result of an accidental injury?<br>治療は事故の傷害によるものですか。 |          | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   |            |
| Medical treatment contents    診療内容   |          |  | Fee<br>治療費 |
|  |          | <input checked="" type="checkbox"/> supplement    補足   |            |
| Initial Office Visit   | 初診       | <input type="checkbox"/>   |            |
| Follow-up Office Visit   | 再診       | <input type="checkbox"/>   |            |
| Home Visit   | 往診       | <input type="checkbox"/>   |            |
| Hospitalization  | 入院診療     | <input type="checkbox"/>   |            |
| Hospital Visit   | 入院医学管理   | <input type="checkbox"/>   |            |
| Consultation   | 診察       | <input type="checkbox"/>   |            |
| Operation  | 手術       | <input type="checkbox"/>   |            |
| Operatin/Emergency room  | 手術/救急治療室 | <input type="checkbox"/>   |            |
| Anesthetics  | 麻酔       | <input type="checkbox"/>   |            |
| Professional Nursing   | 専門看護     | <input type="checkbox"/>   |            |
| Injection / IV Treatment   | 注射/点滴    | <input type="checkbox"/>   |            |
| X-Ray Examinations   | X線検査     | <input type="checkbox"/>   |            |
| Physiotherapy  | 理学療法     | <input type="checkbox"/>   |            |
| Psychotherapy  | 精神療法     | <input type="checkbox"/>   |            |
| Medication   | 投薬       | <input type="checkbox"/>   |            |
| Laboratory Tests   | 諸検査費     | <input type="checkbox"/>   |            |
| The Others   | その他      | <input type="checkbox"/>   |            |
| If not in dollars,please specify the unit used.    →<br>ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。       |          | Unit is<br>貨幣単位  | Total Fee  |

| 翻訳者記入欄 |       |
|--------|-------|
| 名 前    | 印／サイン |
| 住 所    | 電話    |

(領収書原本貼付用)

領 収 書 の り 付 け 欄

診療内容明細書と領収証の合計金額が異なる場合、その理由と金額をご記入下さい。

|         | 合計金額 |
|---------|------|
| 診療内容明細書 |      |
| 領収証     |      |
| 差額      |      |

| 金額                       | 理由 *療養に要した費用の場合は和訳も必要 |
|--------------------------|-----------------------|
| A                        |                       |
|                          |                       |
|                          |                       |
|                          |                       |
|                          | ←A合計                  |
| B                        |                       |
|                          |                       |
|                          |                       |
|                          |                       |
|                          | ←B合計                  |
| ←A+Bの金額合計が差額と一致するか確認下さい。 |                       |

差額のうち

- ▼診療内容明細書記載の医師の  
指導・処方に基づく金額  
⇒Aに記入し  
療養に要した金額に加算  
▼上記以外のものはBに記入

(パスポート写貼付用)

パスポート写し の り 付 け 欄

-----

**\* 診療を受けた期間に診療を受けた現地にいたことがわかる  
日本出国スタンプと現地到着スタンプ(日本に帰国している場合は入国日)に○印をし  
以下に出国・入国年月日をご記入下さい。**

| 日本出国日 | 現地到着日 | 日本入国日 |
|-------|-------|-------|
| / /   | / /   | / /   |