

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- 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。
- 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 & Itemized Receipt 診療内容明細書兼領収明細書(医科)

Name of Patient 患者名	<i>TARO.KEMPO</i>	Date of Birth 生年月日	<i>12/11/1967</i>	Sex 性別	<input checked="" type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Initial Office Visit 初診日	<i>23/5/2020</i>	Month of Services 診療月	<i>5</i>	Days of Services 診療日数	<i>1</i>	days 日間
Type of Treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Outpatient or home visit 入院外 <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院					
Day of Services 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 傷病名	<i>Hypertension</i>			<input checked="" type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive Care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in nomal condition 正常経過妊娠		
Nature and Condition of Illness or Injury(in brief) 症状の概要	<i>Palpitations Shortness of breath is terrible Maximum200 mmHg, minimum100 mmHg</i>					
Prescription, Operation and any other Treatments(in brief) 処方、手術その他の処置の概要	<i>Medication treatment</i>					
Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか。						<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No

Medical treatment contents 診療内容			Fee 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 checked="" type="checkbox"/>	<i>500</i>
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 checked="" type="checkbox"/>	<i>1,500</i>
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 checked="" type="checkbox"/>	<i>400</i>
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 checked="" type="checkbox"/>	Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. <i>Dosing instructions Micardis Tablets - 20mg Norubaske Tablets - 20mg</i>
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. → ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。	Unit is 貨幣単位	<i>Baht</i>	Total Fee	<i>2,400</i>
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------	-------------	-----------	--------------

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
10 Soi Sukhumvit 100、 Khlong Tan Nuca Subdistrict、 Wattana District Hanako International Hospital

Date 月日	<i>23/5/2020</i>	Signature 署名	<i>Hanako kenkou</i>	Reference Number of you rMedical Record (if applicable) 診療録の番号	<i>12345678</i>
------------	------------------	-----------------	----------------------	----------------------------------------------------------------------	-----------------

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 傷病名	高血圧		<input checked="" type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive Care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in nomal condition 正常経過妊娠
Nature and Condition of Illness or Injury(in brief) 症状の概要	動悸 息切れがひどい 血圧最高200-最低100		
Prescription, Operation and any other Treatments(in brief) 処方、手術その他の処置の概要	投薬治療		
Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか。	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No		
Medical treatment contents 診療内容			Fee 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 checked="" type="checkbox"/>		500
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 checked="" type="checkbox"/>		1,500
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 checked="" type="checkbox"/>		400
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 checked="" type="checkbox"/>	投薬指示 ミカルディス錠20mg ノルバスク錠20mg	
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. → ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。	Unit is 貨幣単位	パーツ	Total Fee 2,400

翻訳者記入欄	
名前	組合 次郎 組 印/サン
住所	10 Sukhumvit 100 Alley, Khwaeng Khlong Tan Nuea, Khet Watthana, Krung Thep Maha Nakhon 電話 +(66)(0)123456789

(領収書原本貼付用)

10 Soi Sukhumvit 100, Khlong Tan Nuea Subdistrict, Wattana District

Hanko International Hospital



NAME TARO.KENPO

DATE 23/5/2020

Reference Number 12345678

Matsumotokiyoshi 100 Soi Sukhumvit 300 Khlong Tan Nuea Subdistrict Wattana District DATE <u>23/5/2020</u>			
ITEM	QTY	U/P	Amunt
1234	2	50	100
Mask			
5678	1	10	800
Vitamin preparation			
9012	1	1000	1000
Micardis Tablets - 20mg			
3456	1	1000	1000
Norvaske Tablets - 20mg			
TOTAL	5		2900
{0011111}			
VISA			2900

Description	Amunt
Follow up Office Visit	500
Consultation	1500
Professional Nursing	400
TOTAL	2400

global payments Matsumotokiyoshi 100 Soi Sukhumvit 300 Khlong Tan Nuea Subdistrict Wattana District	
TARO.KENPO	*****
Appr Code:12345	Trace:0011111
App:VISA	Card:VISA
Date:23/5/2020	
TOTAL:THB	2900

書 の

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	2,400
領収証	5,300
差額	2,900

金額	理由 *療養に要した費用の場合は和訳も必要
1000	ミカルデイス錠20mg(高血圧症の薬)
1000	ノルバスク錠20mg(高血圧の薬)
2000	←A合計
100	マスク購入
800	ビタミン剤購入
900	←B合計
2900	←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)



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O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
2020/3/1	2020/3/1	/ /