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 診療内容明細書(医科)

1.Patient's Name (Surn 患者名		Patinet's Date of I 生年月日	Birth ;	3.Patient's Sex 性別 □ Male 男	□ Fema	le 女
4.Name of Illness or Inji International Classific (refer to the attached) 傷病名及び社会保険用			5.Nature and 症状の概要	l Condition of II	lness or Injury	(in brief)
	(No.)				
6. Type of treatment	Hospitalization 入院	give hospitalizatio	-	療の場合の日数		days 日間
治療の分類	From M: D:	Y:	To M	: D:	Y:	
	Out Patient or Home V From	isit 入院外 Days I	То		tment 診療日業	days 日間
7 Westles treatment re	M: D:	Y:	M M		Y:	a a i damta
7. Was the treatment re 治療は事故の傷害によ	quired as a result of A るものですか。 □	業務上_		n auto accident 交通事故 Yes □ No	C. other a その他の □ Yes	
8.Itemized Receipt	領収明細書	Fee 治療費	9.Prescript (in brief)	ion, operation a 処方、手術その	and any other t O他の処置の概	
(1) Initial Office Visit	初診料					
(2) Follow-Up Office V	Visit 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					
(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 Examination	ons X線検査料					
(14) Others (Specify)	その他(特記せよ)					
(15) Tax	税金					
Total	合計					
	ne amount irrelevant to 治療に直接関係のないもの			luxurious room (charge.	
Name of Attending Phys		· > 1 & > 1 & > 1 & > 1		ignature		
医師の名前			署	名		
Name and Address o 医療機関の名称及び所在						
Date 日付						

様式A 邦訳

惊八A	邦 武
Soci	e of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of al Insurance 名及び社会保険表章用国際疾病分類番号
	re and Condition of Illness or Injury(in brief) の概要
9 Press 処方	eription,operation and any other treatments(in brief) 、手術その他の処置の概要
	ST 10- 44 10- 4 100

翻訳者記入欄				
氏名	印			
住所				
電話				