

Attending Physicians 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		/		/
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 _____

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	\$	

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

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

・治療開始日 Starting date of medication Year_____年 Month_____月 Day_____日

・(患者名 Name of patient) _____

(住所 Address) _____

(生年月日 Date of birth) Year_____年 Month_____月 Day _____日

兵庫県建設国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____と、組合員、_____は、貴国民健康保険組合あるいは、貴国民健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

To : 兵庫県建設 National Health Insurance Association

I (patient who has received treatment)、_____and association member、_____authorize National Health Insurance Association and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

署名欄 Signature

署名は、治療を受けた本人が行ってください。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian(insured person is under age), guardian of adult(insured person is adult ward), heir(insured person is dead) shall sign one's signature.

・(氏名 Signature) _____

(住所 Address) _____

(日付 Date) Year_____年 Month_____月 Day_____日

(患者との関係 Relation to patient)

本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other[]

※本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

※下線部全てについて記入してください。