Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 1. Please fill in this form so that the patient may claim the social 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書き、かつ署名してください。
- 3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

Form A 様 式 A

Attending Physician's Statement

		診療	内容明	細書		
1.	Name of Patient (Last, First)		A			Sex (Male · Female)
	患者名			年齢(生年月日		性別(男・女)
2.	Name of Illness or Injury preferal Insurance (Please refer to the tabl 傷病名および社会保険用国際疾症	e attached to th	nis form).		ation of Diseas	ses for the use of Social
3.	Date of First Diagnosis: 初 診 日		, 20			
4.	Days of Diagnosis and Treatment: 診療日数		days 日間			
5.	Type of Treatment 治療の分類					
	\square Hospitalization: From_	,	to		(da	ays)
	入院自 □ Outpatient or Home Visit 入院外	,	至 	·,		3間)
7.	症 状 の 概 要 Prescription, operation and any ot 処方、手術その他の処置の概要	ner treatments	(in brief)			
8.			lental injury ?	Yes ロ はい	No ロ いいえ	
9.	Itemized amounts paid to Hospital 項目別治療実費		ling Physician.,	Fill in Form 様式 B によ	n B	
10.	Name and Address of attending Ph 担当医の名前および住所	ysician				
	Name 名前 : <u>Last 姓</u>		First 名		Title 秒	
	Address 住所 : <u>Home</u> 自宅				Phone	e 電話
	Office 病院又	(は診療所			Phone	e 電話
	Date 日付		Signature 署名			
					Attending Phy	ysician 担 当 医

オリジン健康保険組合

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号

■邦訳 (A)

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

	翻	訳	者	記	入	欄	
名							
前							印
住							
所					電	話	