

記入例

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill the boxed areas with bold lines so that patient may claim the social insurance benefit in English, Japanese.
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、日本語(または、英語)で太枠内に記入してください。
- 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。
- Please fill in the description of service other than listed items.
1~12の項目に該当しない診療内容がある場合は、「13.Other その他」の欄に記入してください。
- One form for each month (from 1st to end of a month) and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
毎月毎(1日～末日)、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

1 2 3

「海外療養費支給申請書」に転記してください。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Name of Patient 患者名	Mr. Taro ALPS	Date of Birth 生年月日	1.Jan.1980	Sex <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Name of Illness or Injury / Symptoms with the number of International Classification of Diseases for 傷病名 / 症状 及び健康保険用国際疾病番号分類	1 Asthma	(No. 1010)	<input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠	

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1. Initial Office Visit 初診日 1.Feb.2016	\$10.00	8. Hospital Visit 入院時医学管理	
2. Days of Diagnosis and Treatments 診療日数 1day		9. Operation 手術	
3. Type of Treatment 治療の分類		Fixation 固定	
Hospitalization 入院 From / / To / / (days)		Dressing 包交	
Outpatient Home Visit 入院外 1.Feb.2016 - 1.Feb.2016	\$10.00	Other Procedure (Specify) その他の処置	
4. Medication <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬 xxx(5mg)	\$10.00	10. Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General 局部 脊椎 全身	
5. <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> IV Treatment 注射 点滴 Pharmacy 薬剤		11. Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室	
6. Laboratory (Specify) 検査		12. Radiology 画像診断	
<input type="checkbox"/> Urine 尿		<input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断	
<input type="checkbox"/> Blood 血液		<input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査	
<input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図		<input type="checkbox"/> Nuclear Scan 核医学診断	
<input type="checkbox"/>		13. Other その他	
7. Physiotherapy 理学療法 times		Total Fee 合計	3 \$30.00

Name and Address of Hospital/Clinic 病院、診療所の名称及び所在地	xxx Clinic, 1234 Alps street, Detroit, Mi, USA
Name of Physician 医師の氏名	Jimmy ALPS
Date 年月日	1. May. 2016
Signature 署名	<i>Dr. Jimmy ALPS</i>

Information about Translator 翻訳者情報	
Address 住所	xxx St, 1234 Alps Rd, Detroit, Mi, USA
Tel 電話	123 - 45678
Name or Company Name 氏名(または社名)	Michel ALPS 印/サイン

※調剤薬局での処方薬購入費用のみ申請する場合ご記入ください。
薬局・薬価で記載された調剤薬局発行の領収明細書があれば申請者の起票可。
その場合、以下に署名のこと。

※The part written by a non-Japanese language enters a Japanese translation in the margin.
外国語で書かれている箇所は、その部分の余白に邦訳を記入。

上記の申請内容に間違いがないことを確認した上で署名します。

署名 Jimmy ALPS

記入例

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill the boxed areas with bold lines so that 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、日本語（または、英語）で太枠内に記入してください。

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. Please specify material, for items marked ※
※の項目については材質も明記してください。

4. One form for each month (from 1st to end of a month) and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.

毎月(1日～末日)毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

1 2 3

「海外療養費支給申請書」に転記してください。

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名	Mr. Taro ALPS	Date of Birth 生年月日	1.Jan.1980	Sex 性別	<input checked="" type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Initial Office Visit 初診日	1.Feb.2016 - 1.Feb.2016	Days of Diagnosis and Treatment 診療日数	2	days	1	
Diagnosis / Symptoms 診断 症状	1 Decayed Tooth /Toothache					

Tooth Number 歯式																													
Permanent Tooth 永久歯										Milky Tooth 乳歯																			
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J				
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8													
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17		#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K		

Description of Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診察	#4	\$100.00	9. Inlay / Onlay (Material)※ インレー/アンレー		
2. X-ray レントゲン診断			10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台構造		
Bite-wings 咬翼型 ×			Post & Core メタルコア		
Periapical 標準型 ×			Other (Material)※ その他		
Panoramic パノラマ ×					
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			11. Crown 冠		
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢除去	#4	\$10.00	Porcelain ポーセレン		
Fluoride フッ化物塗布			Silver alloy 銀合金		
5. Root Planing スケーリング・ルートプレーニング			Gold 金		
Gingival Curettage 歯周ポケット搔爬			Other (Material)※ その他		
Perio-Operation 歯周外科手術					
6. Extraction 抜歯			12. Bridge Work ブリッジ		
Other Operation その他の手術			Abutment (Material) 支台歯		
			Pontic (Material) ダミー		
7. Pulp Cap 歯髄覆			13. Plate Denture (Material)※ 有床義歯		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			14. Other (Material)※ その他		
Root Canal Therapy 根管治療					
1 Canal 根管					
2 Canal 根管					
3 Canal 根管					
8. Filling 充填					
Amal. アマルガム	1.Serf 面				
	2.Serf 面				
Comp. 複合レジン	3.Serf 面				
	1.Serf 面				
	2.Serf 面				
	3.Serf 面				
Other (Material)※ その他					
			Total Fee 合計	3	\$110.00

Name and Address of Hospital/Clinic 病院、診療所の名称及び所在地	xxx Clinic, 1234 Alps street, Detroit, Mi, USA
Name of Physician 医師の氏名	Jimmy ALPS
Date 年月日	1. May. 2016
Signature 署名	<i>Dr. Jimmy ALPS</i>

Information about Translator 翻訳者情報	
Address 住所	xxx St, 1234 Alps Rd, Detroit, Mi, USA
Tel 電話	123-45678
Name or Company Name 氏名(または社名)	Michel ALPS 印/サイン

※The part written by a non-Japanese language enters a Japanese translation in the margin.

外国語で書かれている箇所は、その部分の余白に邦訳を記入。