

英語

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。
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, one form for hospitalization / outpatient and home visit.  
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)      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 the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form)  
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(裏面参照) \_\_\_\_\_ (No. )
3. Date of First Diagnosis: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_  
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment: \_\_\_\_\_ days  
診療日数
5. Type of Treatment  
治療の分類 Hospitalization: From \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_( days)  
入院自至(日間)  
 Outpatient or Home Visit: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_  
入院外 \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_
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 \_\_\_\_\_

**Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance**  
**社会保険用国際疾病分類表**

① Infectious and Parasitic Diseases	18 Diabetes mellitus 糖尿病
感染症及び寄生虫症	
1 Intestinal infectious diseases	19 Gout 痛風
腸管感染症	
2 Tuberculosis	20 Others その他の内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害
結核	
3 Viral diseases accompanied by exanthem	④ Diseases of Blood and Blood Forming Organs 血液及び造血器の疾患
発疹を伴うウイルス疾患	
4 Viral hepatitis	21 Anaemias 貧血
ウイルス肝炎	
5 Other Viral diseases	22 Others その他の血液及び造血器の疾患
その他のウイルス疾患	
6 Syphilis and other venereal diseases	⑤ Mental Disorders 精神障害
性病	
7 Mycoses	23 Senile and presenile organic psychotic conditions 老年期及び初老期の器質性精神病
真菌症	
8 Others	24 Schizophrenic psychoses 精神分裂病
その他の感染症及び寄生虫症	
② Neoplasms	25 Affective psychoses 躁うつ病
新生物	
9 Malignant neoplasm of stomach	26 Other psychoses その他の精神病
胃の悪性新生物	
10 Malignant neoplasm of small intestine, colon and rectum	27 Neurotic disorders 神経症
小腸、結腸及び直腸の悪性新生物	
11 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung	28 Alcohol dependence syndrome アルコール依存
気管、気管支及び肺の悪性新生物	
12 Malignant neoplasm of female breast	29 Other nonpsychotic mental disorders その他の非精神病性精神障害
女性乳房の悪性新生物	
13 Malignant neoplasm of uterus	⑥ Diseases of the Nervous System and Sense Organs 神経系及び感覚器の疾患
子宮の悪性新生物	
14 Leukaemia	31 Disorders of autonomic nervous system 自律神経障害
白血病	
15 Malignant neoplasm of other and unspecified sites	32 Infantile cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性小児麻痺及びその他の麻痺性症候群
その他及び部位不明の悪性新生物	
16 Other neoplasm	33 Epilepsy てんかん
その他の新生物	
③ Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases and Immunity Disorders	34 Other diseases of central nervous system その他の中枢神経系の疾患
内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害	
17 Disorders of thyroid gland	
甲状腺の疾患	

35 Disorders of peripheral nervous system	末梢神経系の障害	54 Pneumonia	肺炎
36 Cataract	白内障	55 Influenza	インフルエンザ
37 Conjunctivitis	結膜炎	56 Chronic bronchitis	慢性気管支炎
38 Other disorders of eye	その他の眼の疾患	57 Asthma	喘息
39 Otitis media	中耳炎	58 Other diseases of respiratory system	その他の呼吸系の疾患
40 Other disorders of ear	その他の耳の疾患	⑨ Diseases of the Digestive System	
⑦ Diseases of the Circulatory system	循環系の疾患	59 Diseases of teeth and supporting structures	歯及び歯の支持組織の疾患
41 Rheumatic fever and rheumatic heart disease	リウマチ熱及びリウマチ性心疾患	60 Gastric and duodenal ulcer	胃及び十二指腸潰瘍
42 Hypertensive disease	高血圧性疾患	61 Gastritis and duodenitis	胃炎及び十二指腸炎
43 Ischemic heart disease	虚血性心疾患	62 Appendicitis	虫垂炎
44 Other forms of heart disease	その他の心疾患	63 Hernia and intestinal obstruction	腸閉塞及びヘルニア
45 Subarachnoid and intracerebral haemorrhage	脳出血	64 Liver cirrhosis	肝硬変
46 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries	脳梗塞	65 Chronic liver disease	慢性肝炎
47 Other cerebrovascular disease	その他の脳血管疾患	66 Other disorders of liver	その他の肝の疾患
48 Atherosclerosis	じゅく状硬化症	67 Cholelithiasis and gallbladder	胆石症及び胆のう炎
49 Other disorders of circulatory system	その他の循環系の疾患	68 Other diseases of digestive system	その他の消化系の疾患
⑧ Diseases of the Respiratory system	呼吸系の疾患	⑩ Diseases of the Genitourinary System	
50 Acute respiratory infections	急性上気道感染	69 Nephritis and nephrosis	泌尿生殖系の疾患
51 Acute bronchitis and bronchiolitis and bronchitis, not specified as acute or chronic	急性及び詳細不明の気管支炎	70 Renal failure	腎不全
52 Chronic sinusitis	慢性副鼻腔炎	71 Calculus of urinary system	泌尿系の結石
53 Allergic rhinitis	アレルギー性鼻炎	72 Other diseases of urinary system	その他の泌尿系の疾患
		73 Hyperplasia of prostate	前立腺肥大症

74 Other disorders of male genital organs	その他の男性生殖器の疾患	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
75 Menopausal and postmenopausal disorders	月経障害及び閉経期の障害	⑭ Congenital Anomalies
76 Other disorders of breast and female genital organs	乳房及びその他の女性生殖器の疾患	先天異常
⑪ Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium	妊娠、分娩及び産じょくの合併症	89 Congenital anomalies of heart
77 Pregnancy with abortive outcome	流 産	心臓の先天異常
78 Hypertension complicating pregnancy and excessive vomiting in pregnancy	妊娠中毒症	90 Congenital musculoskeletal deformities
79 Delivery in a completely normal case	正 常 分 妊	先天性股関節脱臼
80 Others	その他の妊娠、分娩及び産じょくの合併症	91 Others
⑫ Diseases of the skin and Subcutaneous Tissue	皮膚及び皮下組織の疾患	その他の先天異常
81 Infections of skin and subcutaneous tissue	皮膚及び皮下組織の感染	⑯ Certain Conditions Originating in the perinatal period
82 Others	その他の皮膚及び皮下組織の疾患	周産期に発生した主要病態
⑬ Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue	筋骨格系及び結合組織の疾患	92 Slow fetal growth and fetal malnutrition and disorders relating to short gestation and unspecified low birth weight
83 Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies	慢性関節リウマチ（脊椎を除く）	胎児発育遅延、胎児栄養失調症及び未熟児
84 Osteoarthritis and allied disorders	変形性関節症及び類似症	93 Others
85 Disorder of back	腰 痛 症	その他の周産期に発生した主要病態
86 Other dorsopathies	その他の脊柱疾患	⑯ Symptoms, Signs and Ill-defined Conditions
87 Peripheral enthesopathise and allied syndromes	肩の障害	症状、徵候及び診断名不明確の状態
88 Others		94 Symptoms, signs and ill-defined conditions
		症状、徵候及び診断名不明確の状態
		⑰ Injury and Poisoning
		損傷及び中毒
		95 Fracture
		骨 折
		96 Intracranial injury, internal injury and injury to nerves and spinal cord
		脊髄を含む頭蓋内及び内部損傷
		97 Burns
		熱 傷
		98 Poisoning by drugs, medicaments and biological substances
		化学物質の有害作用
		99 Others
		その他の損傷及び中毒

Important: No. 79 with asterisk is not covered by social insurance

79 (\*印) は社会保険は適用されません。

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。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic  
その様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.  
各月毎、入院、入院外毎に付この様式1枚が必要です。
4. 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。

Form B

様式 B

### 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) Professional Nursing	職 業 看 護 婦 費	\$ _____
(9) X-Ray Examinations	X 線 檢 査 費	\$ _____
(10) Laboratory Tests	諸 檢 査 費	\$ _____
(11) Medicines	医 藥 品	\$ _____
(12) Surgical Dressing	包 帶 費	\$ _____
(13) Anaethetics	麻 酣 費	\$ _____
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	\$ _____
(15) Others (Specify)	その他特記せよ	\$ _____ \$ _____
(16) Total	合 計	\$ _____

Unit is \_\_\_\_\_

貨幣単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for luxurious room charge.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係の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 : Last 姓                          First 名                          Title 称号

名前

Address : Home 自宅                          Phone 電話

住所    Office 病院又は診療所

Phone 電話

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

