

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to the Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院、入院外毎につき、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

- Name of Patient (Last, First) Sex
性別 Male Female
患者名 _____
Date of Birth (D / M / Y) Medical Record Number 診療録番号
生年月日 _____
- Name of Illness or Injury, Preferably with the International Classification of Diseases Number
For Health Insurance Purposes. (Please refer to the table attached to this form.)
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. _____)
- Date of Initial Visit (D / M / Y)
初診日 _____
- No. Days of Visit/Treatment
診療日数 _____ days
- Type of Treatment
治療の分類 (D / M / Y)
 Hospitalization From _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (days)
入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (日間)
 Outpatient or Home Visit _____ / _____ / _____
入院外 _____ / _____ / _____
- Nature of Illness or Injury (in brief)
病状の概要

- Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要

- Was treatment required as a result of accidental injury? _____ Yes No
治療は事故の傷害によるものですか?
- Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician : Please fill out Form B
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式 B による

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

Name of Physician: (担当医名)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)

様式 A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

印

電話

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form B
様式 B

Itemized Receipt
領収明細書

1. Initial Office Visit	初 診 料	_____
2. Follow-Up Office Visit	再 診 料	_____
3. Home Visit	往 診 料	_____
4. Hospitalization	入 院 費	_____
5. Consultation	診 察 費	_____
6. Operation	手 術 費	_____
7. Nursing Fee	職 業 看 護 師 費	_____
8. X-Ray Examination	X 線 検 査 費	_____
9. Tests Performed *検査内容を記入	諸 検 査 費	_____
*Please provide details below		

10. Medications *薬品名・投与量を記入	医 薬 費	_____
*Please provide the name and dosage for each medication		

11. Treatments/Procedures	処 置 費	_____
12. Surgical Dressings	包 帯 費	_____
13. Anesthetics	麻 酔 費	_____
14. Operating Room Charge	手 術 室 費 用	_____
15. Other (Please specify)	その他(特記せよ)	_____

16. Total	合 計	_____

Currency Unit
通貨単位

IMPORTANT : Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.
注意 : 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

Name of Physician: (担当医名)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)

様式B 邦訳

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬の名称、量)

15. 特記事項

翻訳者

住所

氏名



電話

調査に関わる同意書 (Agreement of Authorization)

千葉県市町村職員共済組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、千葉県市町村職員共済組合の職員又は千葉県市町村職員共済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。また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを千葉県市町村職員共済組合に提示することも併せて同意します。

署名・押印欄 (Signature)

署名・押印は、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、押印してください。

(氏名) _____ 印

(住所) _____

(日付) _____年____月____日

(患者との関係) _____ : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※ 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。