

- This form is used for claiming the social insurance benefit.
Ce formulaire est utilisé dans le but de bénéficier de l'assurance sociale
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
Ce formulaire doit être rempli et signé par le médecin traitant
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit
Un formulaire chaque mois, à chaque hospitalisation ou consultation externe/à domicile
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement
Déclaration du médecin traitant
診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male / Female)
1. Nom du patient (Nom de famille, prénom) Âge (Date de naissance) Sexe (Homme/Femme)

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 of Social Insurance.

2. Nom de la maladie ou de la blessure, avec de préférence le numéro de Classification internationale des maladies
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

和訳 (Japanese translation)

→ 2

3. Date of First Diagnosis : .20

3. Date du premier diagnostic : 20

初診日

被保険者記入欄

4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days.

4. Nombre de jours de traitement : _____ jours

診療日数

5. Type of Treatment

5. Type de traitement

治療の種類

Hospitalization : From .20 to .20 (days)

Hospitalisation : Du 20 au 20 (jours)

入院 自 至 (日間)

Out patient or Home visit : .20 .20 .20

Consultation ext./domicile : 20 20 20

入院外

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)

6. Nature et condition de la maladie ou de la blessure (en bref)

症状の概要

和訳 (Japanese translation)

6

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)

7. Prescription, opération et autres traitements (en bref)

処方、手術その他の処置の概要

和訳 (Japanese translation)

7

被保険者記入欄

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury ? Yes No

8. Le traitement vise-t-il à traiter une blessure d'origine accidentelle ? Oui Non

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

9. Montant détaillé des frais payés à l'hôpital et/ou au médecin traitant : Formulaire B

治療実費 様式B

10. Name and Address of Attending Physician

10. Nom et adresse du médecin traitant

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last/Nom de famille/姓 First/Prénom/名
Nom :

Address 住所 : Home/Domicile/自宅 Phone/Téléphone/電話

Adresse : Office/Bureau/病院又は診療所 Phone/Téléphone/電話

Date
Date
日付

Signature
Signature
署名

Attending Physician/Médecin traitant/担当医

Reference Number of your Medical Record (If possible)
Numéro de référence de votre fichier médical (si applicable)
診療録の番号

Itemized Receipt
Facture détaillée
領収明細書

(1) Fee for Initial Office Visit Première consultation	初診料	\$ ()
(2) Fee for Follow-up Office Visit Consultation de suivi	再診料	\$ ()
(3) Fee for Home Visit Consultation à domicile	往診料	\$ ()
(4) Fee for Hospital Visit Consultation sur place	入院管理料	\$ ()
(5) Hospitalization Hospitalisation	入院費	\$ ()
(6) Consultation Consultation	診察費	\$ ()
(7) Operation Opération	手術費	\$ ()
(8) Professional Nursing Soins infirmiers	職業看護婦費	\$ ()
(9) X-Ray Examinations Radiographies	X線検査費	\$ ()
(10) Laboratory Tests Tests de laboratoire	諸検査費	\$ ()
(11) Medicines Médicaments	医療費	\$ ()
(12) Surgical Dressing Pansements	包帯費	\$ ()
(13) Anesthetics Anesthésiques	麻酔費	\$ ()
(14) Operating Room Charge Frais pour chambre d'opération	手術室費用	\$ ()
(15) The Others (Specify) Autres frais (à spécifier)	その他 (特記せよ)	\$ ()
(16) Total Total	合計	\$ ()

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

Attention : veuillez exclure tout montant sans rapport direct avec le traitement (ex. : chambre de luxe)

注意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

Name and Address of attending physician / Superintendent of Hospital or Clinic

Nom et adresse du médecin traitant/du directeur de l'hôpital ou de la clinique

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name	Last	First	Title
Nom	Nom de famille	Prénom	Titre
名前	姓	名	役職

Address	Home	Phone
Adresse	Domicile	Téléphone
住所	自宅	電話

Office	Phone
--------	-------

Bureau	Téléphone
--------	-----------

病院又は診療所	電話
---------	----

Date
Date
日付

Signature
Signature
署名