Form 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 Number of International Classification of diseases for the use National Health Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号

3. Date of First Diagnosis : D ／ M ／ Y ＿＿／＿＿／＿＿
初診日 日 ／ 月 ／ 年 ＿＿／＿＿／＿＿

4. Duration of Treatment : ＿＿＿＿＿ days
診療日数 ＿＿＿＿＿ 日

5. Type of Treatment
治療の分類
☐Hospitalization : From ＿＿／＿＿／＿＿ , to ＿＿／＿＿／＿＿ (days)
入院 自 ＿＿／＿＿／＿＿ , 至 ＿＿／＿＿／＿＿ (日間)
☐Out patient or Home Visit : ＿＿／＿＿／＿＿ ＿＿／＿＿／＿＿
入院外 ＿＿／＿＿／＿＿ ＿＿／＿＿／＿＿

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿

Form 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) X-ray examination	X線検査費	$	
(9) Medication	医薬費	$	
(10) Anesthetics	麻酔費	$	
(11) Operating room charge	手術室費用	$	
(12) Others (specify)	その他(項目明記)	$	$
(13) Total	合　計	$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed.
注　意 : 高級室料等治療に直接関係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
名前 : Last 姓 ____ First 名 ____ Title 称号 ____

Address : Home 自宅 ____ Phone 電話 ____
住所 Office 病院又は診療所 ____ Phone 電話 ____

Date : ____ Signature ____
日付 署名

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日　　＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

・Starting date of medication　　Year＿＿＿＿ Month＿＿ Day＿＿

・被保険者（患者）
（被保険者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（生年月日）＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

・Insured（Patient）
（Name of the insured）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（Address）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（Date of birth）　Year＿＿＿＿ Month＿＿ Day＿＿

東京美容国民健康保険組合　御中

私（療養を受けた者）、＿＿＿＿＿＿＿＿と、私の組合員、＿＿＿＿＿＿＿＿は、貴国民健康保険組合の職員あるいは、貴国民健康保険組合が委託（再々委託まで含む）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、パスポートを貴国民健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: National Health Insurance Society

I (patient who has received treatment), and society member, authorize National Health Insurance Society and National Health Insurance Society's subcontractors (including sub-subcontractors) to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Also, I agree to submit a photocopy of my passport to National Health Insurance Society in order to confirm the information written above.

署名・押印欄
Signature

署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行って下さい。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、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

（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１年間です。

(Signature) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(Address) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(Date) Year＿＿＿＿ Month＿＿ Day＿＿

(Relation to the insured) : Self ・Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires six month after the signed date.

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。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.