Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit. 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。
- 2. 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、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1. Name of patient (Last,First) 患者名				Age (Date of Birth) 年齢(生年月日)					Sex (Male・Female) 性別(男・女)	
Insurance	ness or Injury protection to the table a		h Number of In 傷病名及び健康				es for the us	e of Soci	al	
3. Date of Fir	st Diagnosis :	初診日						<u> </u>		
4. Days of Diagnosis and Treatment: 診療日数			診療日数	days						
5. Type of Tro	eatment :	治療の分類								
-	alization :	From	/	/	to	/	/	_ (days)	
	元	自	1	,	土	,	,	(日間)	
	ient or Home	Visit:	/	/		/		_		
入院:	7 F	-	/	/		/	/	_		
6. Nature and 症状の概要	Condition of I	llness or Inju	ry (in brief)							
	n, operation ar その他の処置の		treatments (in l	orief)						
	eatment requir の障害によるもの		of an accident	al injury ?		No □	え			
			/or Attending _] 費の内訳:様式B		: Fill in l	Form B				
10. Name and A	Address of Atten	ding Physician	担当医の名前	及び住所						
Name 名前:	Last 姓				First 名	1				
Address 住所:	Home 自宅						Phone	9		
	Office 病院又は	診療所					— Phone			
Date 日付	Signature 署名									
					-	ng Physician 担	3当医			
		Re	eference Number	of your Me				号		

YG健康保険組合 H30.4.1