Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- O 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。
- 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 one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out

e of		AU	teriaing i	Pily	Siciai	15 56	ateme	ent	診療Ⅰ	内容明細語	5		
C 01	Patie	nt					Date o 生年月日	f Birt	h		Sex 性別	□M 男	• [
of f	first D	Diagnosis					Days(診療日数		gnosis and	Treatme	nt		ays i間
1	for th	of Illness de use of He なび健康保険用目	ealth Insur	ance	e. (Plea	ase ref	er to t	he tab	ole attache		form.)	of Dis	sea
(2)	Туре	of Treatme	ent 治療の	分類							(No.)	
	Hospi 入院	italization	from 入院	目	/	/		to		/	(day	
		patient or F	lome Visit			/		/	• •	/	/	н	.7
	入院外 Natur	e and Cond	dition of III	lnoge	or In	iury (ir	detei	<u> </u>	状の概要(詳し	ノ 和 卦 1 アノ 4			
- (4)]	Presc	ription, Op 術その他の処置	eration an	ıd an	y othe	er Trea				\ IIL 明			
(4)]	Presc 処方、手	ription, Op 術その他の処置	eration an の概要(詳しく記	id an E載して	y othe ください)	er Trea	tment	s (in d	etail)				
(4)]	Presc 処方、手 Was t	ription, Op	eration an の概要(詳しく記	id an E載して	y othe ください)	er Trea	tment	s (in d	etail)	\[\text{Ye};	s 🗆 N	0	
(4)] 3 (5) N (6)]	Presc 処方、手 Was t 治療はす Itemiz 医療機関	ription, Op 術その他の処置 the treatme 本故の傷害による zed amount 夏又は担当医に支	eration an の概要(詳しく記 ent require ものですか s paid to F で払った医療費の	d an E載して ed as	y othe ください) a resu ital an:様式Bに	er Trea	tments n accid	s (in d	etail) injury? _	□ Yes		0	
(4)] (5) Nar	Presc 処方、手 Was t 治療は事 Itemiz 医療機関 me an	ription, Op 術その他の処置 the treatme は故の傷害による zed amount 以は担当医にす	eration an の概要(詳しく記 ent require ものですか s paid to F で払った医療費の	d an E載して ed as	y othe ください) a resu ital an :様式Bに	er Tread alt of a an 担当	tments n accid	s (in d	etail) injury? _	☐ Yes		о	
(4)] 3 (5) N (6)]	Presc 処方、手 Was t 治療は事 Itemiz 医療機関 me an	ription, Op 術その他の処置 the treatme 本故の傷害による zed amount 夏又は担当医に支	eration an の概要(詳しく記 ent require ものですか s paid to F で払った医療費の	d an E載して ed as	y othe ください) a resu ital an :様式Bに	er Trea	tments n accid	s (in d	etail) injury? _	□ Yes		o	
(4)] (5) Nar Nar	Presc 処方、手 Was t 治療は事 Itemiz 医療機関 me an	ription, Op 術その他の処置 the treatme は故の傷害による zed amount 以は担当医にす	eration an の概要(詳しく記 ent require ものですか s paid to F を払った医療費の	d an E載して ed as	y othe ください) a resu ital an :様式Bに	er Tread alt of a an 担当	tments n accid	s (in d	etail) injury? _	☐ Yes	orm B	0	
(4)] (5) Nar Nar	Presc 処方、手 Was t 治療は事 Itemiz 医療機関 me an	ription, Op 術その他の処置 the treatme なめの傷害による zed amount 以は担当医にす d Address Last(姓)	eration an の概要(詳しく記 ent require ものですか s paid to F を払った医療費の	d an E載して ed as	y othe ください) a resu ital an :様式Bに	er Tread alt of a an 担当	tments n accid	s (in d	etail) injury? _	□ Ye; Fill in Fo	orm B	o	
(4)] (5) Nar Nar	Presc 処方、手 Was t 排療は事 Itemiz me an me	ription, Op 術その他の処置 the treatme 事故の傷害による zed amount 見又は担当医にす d Address Last(姓)	eration an の概要(詳しく記 ent require ものですか s paid to F を払った医療費の	d an E載して ed as	y othe ください) a resu ital an :様式Bに Physicia	er Tread alt of a an 担当	tment: n accid Atten ださい 医の名前	s (in d dental ding F 及び住房	etail) injury? Physician:	□ Yes Fill in Fo Fitle(称号) Phone(電話	orm B	0	