Form A
様式 A

セールスフォース健康保険組合

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient can claim the 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。
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 is required for each month, one form for hospitalization/outpatient visits, and one form for home visits.
   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)

2. Name of illness or injury, with the International Classification of Diseases number for use in Social Insurance. (Please refer to the table attached). 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

_____

3. Date of First Diagnosis : 初診日 _____

4. Duration of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days

5. Type of Treatment 治療の分類

☐ Hospitalization : 入 院 From 自 _____ / / to 至 _____ / / (days) (日間)

☐ Outpatient 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 ? 治療は事故の障害によるものですか Yes ☐ はい No ☐ いいえ

9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending physician : 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 Fill in Form 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 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone _____

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 _____