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 prefe diseases for the use National H 傷病名及び国民健康保険用国際疾病	lealth Insurance (See the c			
3.	Date of First Diagnosis 初診日	D / M / Y B / 月 / 年			
4.	Duration of Treatment : 診療日数	days 日			
5.	Type of Treatment 治療の分類 □Hospitalization: From 入院 自 □Out patient or Home Visit	,至		days) 日間)	
6.	Nature and Condition of Illness 症状の概要	s or Injury (in brief)			
7.	Prescription , Operation and Ar 処方、手術その他の処置の概要	ny other treatments (in bri	ef)		
8.	Was the treatment required as a 治療は事故の傷害によるものです。		injury? Yes□ No□ はい いいえ		
9.	Itemized Amounts paid to Hospit 治療実費	tal and/or Attending Physic	eian : Form B 様式B		
10.	Name and Address of Attending F 担当医の名前及び住所	Physician			
		First 名	Title 称号		
	Address 住所 : Home 自宅				
	Office 病院又は診療所 phone 電話		phone 電話		
	Date 日付:	Signature 署名			
			Attending Physician		
	Reference Number of your Medical Record (if applicable 診療録の番号				

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) Hosp	italization	入院費	\$
6) Cons	ultation	診察費	\$
7) Oper	ation	手術費	\$
8) X-ra	y examination	X線検査費	\$
9) Medi	cation	医薬費	\$
10) Anes	thetics	麻酔費	\$
1) Oper	ating room charge	手術室費用	\$
12) Othe	rs (specify)	その他(項目明記)	\$
13) Tota	1	合 計	\$
	: Exclude the amount irrele : 高級室料等治療に直接関係		e, extra charge for a bed.
臣 意 anne and .	: 高級室料等治療に直接関係 Address of Attending Physic	ないものは除いて下さい。	
臣 意 anne and .	: 高級室料等治療に直接関係	ないものは除いて下さい。	
き 意 ame and A B当医又に	: 高級室料等治療に直接関係 Address of Attending Physic	ないものは除いて下さい。	
e 意ame and AB当医又に	: 高級室料等治療に直接関係 Address of Attending Physic は病院事務長の名前及び住所	ないものは除いて下さい。 ian/Superintendent of Hos	pital or Clinic
ame and Al当医又向	: 高級室料等治療に直接関係 Address of Attending Physic	ないものは除いて下さい。	pital or Clinic Title
ame and Al当医又向	: 高級室料等治療に直接関係 Address of Attending Physic は病院事務長の名前及び住所 Last	ないものは除いて下さい。 ian/Superintendent of Hos First	pital or Clinic
ame and Al当医又向ame 前:	: 高級室料等治療に直接関係: Address of Attending Physic: は病院事務長の名前及び住所 Last 姓 Home 自宅	ないものは除いて下さい。 ian/Superintendent of Hos First	pital or Clinic Title
ame and Alies ame	: 高級室料等治療に直接関係 Address of Attending Physic は病院事務長の名前及び住所 Last 姓	ないものは除いて下さい。 ian/Superintendent of Hos <u>First</u> 名	pital or Clinic <u>Title</u> 称号
ame and Alies ame	: 高級室料等治療に直接関係: Address of Attending Physic: は病院事務長の名前及び住所 Last 姓 Home 自宅	ないものは除いて下さい。 ian/Superintendent of Hos <u>First</u> 名	Title 称号 Phone 電話
ame and alle 医又结 ame and alle 医又结 ame and alle same and all s	: 高級室料等治療に直接関係: Address of Attending Physic: は病院事務長の名前及び住所 Last 姓 Home 自宅	ないものは除いて下さい。 ian/Superintendent of Hos <u>First</u> 名	Title 称号 Phone 電話

調査に関わる同意書

Agreement of Authorization

<u>调査同意书</u> 조사동의서

・治療開始日年月日
· Starting date of medication Year Month Day
・治疗开始日期年月日
·치료개시일년월일
・被保険者(患者)
(被保険者名)
(住所)
(生年月日)年月日
(E+7) [)
· Insured (Patient)
(Name of the insured)
(Address) (Date of birth) Year Month Day
(Date of birth) fear Wolth Day
·被保险者(患者) Insured (Patient)
(被保险者姓名 Name of the insured)
(住址 Address)
(出生日期 Date of birth)年月日
전 및 된 의 (원 기) (
· 피보험자(환자):
(피보험자)
(주소)
(출생년월일) <u>년 월 일</u>
東京美容国民健康保険組合 御中
東京美谷国氏健康保険組合 御中 私 (療養を受けた者)、と、私の組合員、」は、貴国民
位、「療養を支げた有」、。 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なため、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。
灰和石に佐小りることも 汗せて旧息しまり。
To: National Health Insurance Society
I (patient who has received treatment), and society member,
authorize National Health Insurance Society or its staff, 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.

致:国民健康保险组合相关部门本人(疗养接受人)						
국민건강보험공단 귀중: 본인(요양을 받은자)와 저의 조합원는 국민건강보험공단기관조합원 또는 국민건강보험공단이 위탁한 업체 가 해외요양비신청서류에 기재된 사실(요양일,장소,요양내용)을 확인하기 위해 해당요양기관에 조회를 하거나 해당요양기관으로부터 정보를 제공받는데 동의합니다. 또한 국민건강보험공단 에 위확인에 필요한 여권을 제시하는데 동의합니다.						
<u>署名・押印欄</u>						
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.						
须由接受治疗的被保险人本人签字・盖章。以下()情况,请监护人(本人未成年)、成年 监护人(本人为接受监护的成年人)、法定继承人(本人已死亡)签字・盖章。						
치료를 받은 피보험자본인이 서명.날인을 하여야합니다.피보험자본인이 미성년자 또는 피성년자후견인인 경우에는 친권자 또는 성년후견인의 서명.날인이 필요합니다.						
(氏名) <印						
(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						
(Signature) (Address) (Date) Year Month Day						

(Relation to the insured): Self · Guardian · Heir · Other * This agreement of authorization expires twelve month after the signed date.

签名•盖章栏

(姓名) 盖章	
(住址)	
(日期)年月日	
(与患者关系) : 患者本人 ・ 监护人 ・ 法定继承人 ・ 其他〔)
※ 本同意书从签名起1年内有效。	
<u>서명. 날인</u>	
(성명):인	
(주소):	
(날짜): 년 월 일	
환자와의관계: 본인. 친권자. 법정상속자. 기타()	
*본 동의서는 서명일로부터 1년간 유효합니다	

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.

另外,如果国家、地区、医疗机构要求填写特定的同意书或委任状,可能需要您配合填写。

그 외에 만약 국가,지역,의료기관에서 특정 동의서 또는 위임장을 작성 할 것을 요청 할 경우, 작성 하셔야 할 수도 있습니다.