

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、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form A

様式A

1. Name of Patient(Last, First) Age(Date of birth) Sex (Male · Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別 _____

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 _____ (No. _____)

3. Date of first Diagnosis
初診日 _____

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

5. Type of Treatment
治療の分類

Hospitalization From _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ days)
入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (_____ 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? _____ Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
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

10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		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 _____

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名



電話

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
- ・ 患者
(患者名) _____
(住所) _____
(生年月日) _____年 ____月 ____日
- ・ Patient
(Name of patient) _____
(Address) _____
(Date of birth) Year____Month ____Day _____

日本ハム健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、は、日本ハム健康保険組合の職員又は日本ハム健康保険組合が委託した事業者が、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、パスポートを日本ハム健康保険組合 に提示することも併せて同意します。

To: Nippon Ham Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Nippon Ham Health Insurance Society or its staff, and its 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 if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた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 3 ヶ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

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

※ This agreement of authorization expires 3 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.