

Form A  
様式 A

(This form must be completed by each institution for each month.)  
(本用紙は一つの病院で1か月ごとに1枚を使用すること)

- 1 This form is used for claiming National Health Insurance benefit.  
この様式は国民健康保険の給付の申請に使用されます。
- 2 This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- 3 Two separate forms need to be completed for inpatient treatment and outpatient/home visit treatment, even when these are provided by the same institution. This also applies to medical treatment and dental treatment, for which two separate forms should be completed.  
一つの病院でも入院と入院外は別に記入してください。また、医科と歯科も別に記入してください。

## Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1 Name of patient (Last, First)                      Age (Date of Birth)                      Sex (Male • Female)  
患者名 \_\_\_\_\_                      年齢 (生年月日) \_\_\_\_\_                      性別 (男・女)

2 Name of Illness or Injury \_\_\_\_\_  
傷病名

3 Date of First Diagnosis \_\_\_\_\_  
初診日

4 Days of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_ days  
診療日数

5 Type of Treatment  
治療の分類

Inpatient  
入院

Mark the date patient received treatment																
Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
( )	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	/

Outpatient or Home Visit  
入院外

(      days)  
(日数)

6 Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)  
症状の概要

7 Prescription, operation and any other treatment (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?  
治療は事故の傷害によるものですか。

Yes                      No  
はい                      いいえ

9 Itemized amounts paid to Hospital and /or Attending Physician: Form B  
治療実費                      様式B

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

Name 名前    Family name 姓 \_\_\_\_\_    Given name 名 \_\_\_\_\_

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名)

Address    住所 \_\_\_\_\_

Phone    電話 \_\_\_\_\_

Date    日付 \_\_\_\_\_

Signature    署名 \_\_\_\_\_

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 \_\_\_\_\_

\* This form should be completed and submitted together with Form B (Itemized Receipt)  
本様式は「様式B」(領収明細書)とセットで使用してください。

表格 A 양식 A  
様式 A

(一家医院每个月使用一张本表格)  
(이 용지는 한 병원에서 한달마다 한장씩 사용할 것)  
(本用紙は一つの病院で1か月ごとに1枚を使用すること)

1 本表格用于申请给付国民健康保险。

1. 이 양식은 국민건강보험의 급여 신청을 위해 사용됩니다.  
この様式は国民健康保険の給付の申請に使用されます。

2 本表格应请主治医生填写并签名。

2. 이 양식은 담당 의사가 기입하고 서명하십시오.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。

3 即便是同一家医院, 住院和非住院也需分开填写。医科和牙科也请分开填写。

3. 같은 병원이라도 입원과 입원 외는 별도로 기입하십시오. 또한, 의과와 치과도 별도로 기입하십시오.  
一つの病院でも入院と入院外は別に記入してください。また、医科と歯科も別に記入してください。

## 治疗内容明细单 진료 내용 명세서 診療内容明細書

1. 患者姓名 환자명 \_\_\_\_\_ 年龄(出生日期) 연령(생년월일) \_\_\_\_\_ 性别(男·女) 성별(남·여)  
患者名 \_\_\_\_\_ 年齢(生年月日) \_\_\_\_\_ 性別(男·女)

2 伤病名称 부상·병명 \_\_\_\_\_  
傷病名

3 初诊日 초진일 \_\_\_\_\_  
初診日

4 诊疗天数 진료일수 \_\_\_\_\_ 天 일수  
診療日数

5 治疗分类 치료의 분류  
治療の分類

住院 입원  
入院

请在接受过治疗的日期上盖章. 치료를 받으신 날짜에 표시를 하십시오.

非住院 입원 외 \_\_\_\_\_ 天 일수  
入院外 (日数)

月	월	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
( )	( )	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	/

6 症状概况 증상의 개요  
症状の概要

7 处方、手术等治疗概况 처방, 수술 기타 조치의 개요  
処方、手術その他の処置の概要

8 治疗的是事故造成的伤害吗? 치료는 사고로 인한 부상에 대한 것입니까?  
治療は事故の傷害によるものですか。

是 예                      否 아니오  
はい                      いいえ

9 治疗费 치료 실비                      表格B 양식 B  
治療実費                      様式B

10 主治医生的姓名及地址 담당자의 이름과 주소  
担当医の名前及び住所

姓名 이름 名前                      姓 성 姓 \_\_\_\_\_                      名 명 名 \_\_\_\_\_

医院或诊疗所名称 (병원 또는 진료소 명칭) (病院又は診療所名)

地址 주소 住所 \_\_\_\_\_

电话 전화 電話 \_\_\_\_\_

日期 날짜 日付 \_\_\_\_\_

签字(主治医生) 서명(담당 의사) 署名 \_\_\_\_\_

诊疗卡编号 진료기록 번호 診療録の番号 \_\_\_\_\_

\* 本表格需与「表格B」(收据明细单)成套使用。\* 이 양식은 「양식 B」(영수명세서)와 함께 사용하십시오.  
本様式は、「様式B」(領収明細書)とセットで使用してください。