



医科用

医科にかかった場合、ご提出ください

※歯科治療の場合は「歯科用」を提出

### Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 1. Please fill in this form so that the patient may receive insurance benefits. This form is necessary for the patient's application for social insurance benefits.
- 2. This should be completed and signed by the attending physician or the clinic secretary.
- 3. One form for each month and one form for each admission/visit. This form is one page.

- この診療内容明細書は現地医師に記入してもらってください
- 診療内容明細書の記入漏れがないようご注意ください
- この申請書が外国語で記載されている場合は、少なくともこの箇所を翻訳頂き、記入欄の欄外に翻訳をご記入ください。翻訳者の氏名も併せてご記入ください。(以下の赤字部分です)

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

- 1. Name of Patient (Last, First) 患者名 ICHIRO KEMPO 翻訳者: 健保 一郎
- 2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer the table attached to this form).

傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(添付の分類表参照)

急性上気道感染症

Name of Illness or Injury ACUTE UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION Number 1003

3. Date of First Diagnosis 初診日 : D/M/Y, 年/月/日 2016, 12, 1

4. Date of Treatment/Days of diagnosis or treatment (診療日/診療日数)..... ①

Date of Hospitalization 入院 : From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (days)

Date of Outpatient or Home Visit 外来 : 1-12-2016, 2-12-2016, 2 (days)

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

FEVER, COUGH 発熱、せき

6. Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要

CONSULTATION, LABORATORY TEST & MEDICATION ONLY 診察、検体検査、投薬

7. 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?

はい いいえ

8. Itemized Receipt 領収明細書 Currency paid (支払い通貨) S\$

| Service 診療内容                       | Fee 料金           | Service 診療内容                | Fee 料金       |
|------------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------|
| Fee for Initial office visit 初診料   |                  | X-Ray examinations X線検査費    |              |
| Fee for follow-up office visit 再診料 |                  | Laboratory tests 諸検査費       | \$ 87.6      |
| Fee for home visit 往診療             |                  | Medicines 医薬費               | \$ 120.00    |
| Hospitalization 入院費                |                  | Anesthetics 麻酔費             |              |
| Consultation 診察費                   | \$ 70.00         | Operating room charge 手術室費用 |              |
| Operation 手術費                      |                  | Others (Specify) その他(項目明記)  | 657% \$ 28.4 |
| Professional nursing 職業看護師費        |                  |                             |              |
| <b>Total 合計.....②</b>              | <b>\$ 300.00</b> |                             |              |

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, such as, extra charge for a bed.

注意 高級室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

9. Name and address of attending physician 担当医の名前及び住所

Name and address of office 医院の名称及び所在地

ABC CLINIC 〇〇〇, Singapore 123△△

Name of attending physician 医師名 JULIAN

Date 日付 2-12-2016

Signature (Attending physician) 署名 JULIAN

歯科用

歯科にかかった場合、ご提出ください

Request to Attending Dentist

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.

この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要です。

この診療内容明細書は現地医師に記入してもらってください。
診療内容明細書の記入漏れがないようご注意ください。
この申請書が外国語で記載されている場合は、少なくともこの箇所は翻訳頂き、記入欄の欄外に翻訳をご記入ください。翻訳者の氏名も併せてご記入ください。(以下の赤字部分です)

2. This should be completed and signed by either the patient or the attending dentist.

この様式は担当医または病院の事務長が書き、署名してください。

3. One form for each month and one form for each admission.

毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必須です。

Attending Dentist's Statement 診療内容明細書

翻訳者: 健保 一郎

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 ICHIRO KEMPO

2. Symptom 病名 GINGIVITIS

歯肉炎

- 1101 Dental caries う蝕
1102 Gingivitis and periodontal disease 歯肉炎及び歯周疾患
1103 Other diseases of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持機構

3. Date of First Diagnosis 初診日: D/M/Y, 年/月/日 2016, 12, 1

4. Date of Treatment/Days of diagnosis or treatment (診療日/診療日数)
Date of Hospitalization 入院: From to (days)

Date of Outpatient or Home Visit 外来: 1-12-2016, 1 (days)

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

GINGIVITIS

歯肉炎、

6. 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? はい いいえ

7. Brief summary of dental care 治療の概要

Table with dental care summary including Tooth No, Permanent, Baby teeth, and R/L indicators.

8. Itemized Receipt 領収明細書 Currency paid 支払い通貨 S\$

Table with 4 columns: Service (診療内容), Tooth No (歯式), Material (材料), Fee (料金). Includes items like Examination Fees and Others.

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.
注意 高級室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

9. Name and address of attending dentist 担当医の名前及び住所

Name and address of office 医院の名称及び所在地

ABC DENTAL CLINIC 000, Singapore 345△△

Name of attending dentist 医師名 Dr. Julian

Date 日付 1-12-2016 Signature (Attending dentist) 署名 Julian