				この柞	<b>兼式は社会</b>	保険の給	付の申記	請に使月	目されます	•		
			2.	This for	m should	be comp	leted a	and sign	ned by t	he atten	ding phys	ician.
				この柞	様式は担当	4医が書き	、かつり	署名して	て下さい。			
For	rm A		3.	One form	n for eac	h month,	one fo	rm for	hospitali	zation	outpatie home vi	
様ェ	₹ A					入院外毎					nome vi	SIL.
					, , , , , , , ,							
				Attendi	ng Physic	cian's Sta	tement					
						字明細			,			
				12	<i>)</i>	T 79 MM	Ħ					
1.	Name of p	atient (Last, Fir	st)	Aڍ	ge(Date o	of Birth)		Sex (M	ale·Fem	ale)		
	患者					年月日)						
2.	Name of	Illness or Injury									ases for	
t		Social Insurance										
		及び社会保険用国際										
3.		irst Diagnosis		<b>火田 7 (</b>	ш 🤊 ж	20						
	初診					<del></del> , <del></del>						
4.		Diagnosis and T	reatment	ī <b>:</b>		days						
	診療											
5.	Type of 7											
	治療の											
	☐ Hospi	talization :	From		_20		to		20		(	days)
		· 院	自		_ ,		至	U.V	,	_	(	日間)
		oatient or Home		:		20				20	`	H 1-47
		、院 外				20						
6.		d Condition of	Illness	or Injury	(in brief)	,		_		_ , <del></del>		
	症状の											
7.	Prescriptio	on, operation a	nd anv	other tre	atments (i	n brief)						
	_	手術その他の処置の										
	,_,,		17020									
8.	Was the t	reatment requir	ad as a	result o	f an acci	dental ini	11277		Yes □		No 🗆	
0.		事故の傷害による			an acci	dentai iiij	ury:					
9.					r Attondi	na Physia	ion :	Form	はい		いいえ	
9.		amounts paid t	o nospi	.ai aiiu/oi	Attenui	ng rnysic	iaii .					
10	治療乳		. 1.	DI : :				様式	В			
10.	•	Address of At	tending	Physiciai	n							
		の名前及び住所										
		me 名前 : Last	·			First 名						
	Ado	dress 住所: <u>Hom</u>							Phone			
		Offic	ce 病院又	は診療所					Phone			
	Dat	te 日付				Signature	署名					
											cian 担当日	医
					Reference	e Number	of you	ır Medi	ical Reco	rd (if ag	pplicable )	
					診療釒	禄の番号_	AVW To.				N	_

This form is used for claiming the social insurance benefit.

1.