1.This form is used for claiming the HITACHI health insurance benefit.
この様式は日立健康保険組合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記入し、かつ署名してください。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
診療内容明細書

Name of Patient（患者名）		Date of Birth（生年月日）	Sex（性別） Male Female
Date of First Diagnosis（初診日） ,20	Days of Diagnosis days.	Diagnosis/Symptoms（診断／症状）	

Type of Treatment（治療の分類）
☐ Hospitalization（入院） ☐ Outpatient or Home Visit（入院外）
From ,20
To ,20 (days)

Description of Service（診療内容）	Fee（料金）
1. Consultation（診療）	
2. Medication（投薬）	
3. Injection（注射） ☐ Injection（注射） ☐ IV Treatment（点滴）	
4. Laboratory（検査）	
5. Hospitalization（入院）	
6. Operation（手術）	
7. Radiology（画像診断） ☐ X-ray（レントゲン） ☐ Ultrasound（超音波） ☐ Nuclear Scan（核医学診断）	
8. Anesthesia（麻酔） ☐ Local（局部） ☐ Spinal(脊髄) ☐ General(全身)	
9. Others（Specify）その他(項目明記)	
Total Fee 合 計	

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前および住所

Name:

Address:

Date: Signiture: