帳票番号　93504

By your side, for life
DAI-ICHI LIFE
Dai-ichi Life Group

1. THIS FORM IS NOT TO BE USED FOR CLAIMING THE BENEFIT PAYMENT FOR THE HOSPITALIZATION
2. PLEASE COMPLETE BY WRITING OR TYPING IN ENGLISH AND SIGN WHEREVER AMENDMENTS WERE MADE.

TO　DAI-ICHI LIFE　　＜海外用＞

THE ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR OUTPATIENT

（通院証明書：本証明書は、入院給付金の請求用には使用できません。）

1. Patient's Name（患者名）	Chart No. (　　　)	Sex Male / Female	Date of Birth	month / day / year	
2. Name of Disease / Injury（傷病名）		Initial Consultation（初診日） m / d / y			
3. Period of Hospitalization（入院期間）	The 1st ____/____/____ from month day year ～ ____/____/____ till month day year The 2nd ____/____/____ from month day year ～ ____/____/____ till month day year				

4. The date(s) of hospital visit(s) for the treatment of the above 2. Disease/Injury (including dates of house visits)
（上記２の傷病の治療を目的とした通院治療日（往診日も通院治療日に含めてください））

The Days of Treatment received as Outpatient	Treatment in:	Day(s) of treatment as outpatient (Please circle the appropriate day(s))(通院日)	Total
	month____ year____	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	days
	month____ year____	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	days
	month____ year____	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	days
	month____ year____	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	days
	month____ year____	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	days
	month____ year____	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	days
	month____ year____	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	days
	month____ year____	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	days
		Number of total days as outpatient	days

I hereby certify that the above is true and complete to the best of my knowledge and belief.（上記のとおり証明します）

Date: m ______ /d ______ /y ______

Hospital or Clinic Name　:
（病院名）

Hospital or Clinic Address　:
（所在地）

Attending Physician's Name :
（医師名）

____
（Signature）