Medical Certificate（診断証明書）

Patient's name	
Date of birth	
Rerationship to insured	
Insured name	
Address	
Phone number	
Insurance company	
ID number	
Group number	

Date（診察日）：

Medical provider（病院名）：

Doctor's name（医師名）：

Address（病院住所）：

Phone（病院電話）：

Patient was treated for（病名/診断）：

Prescription（処方）：

Amount paid（診療費）：

Signature of M.D./Date（医師のサインと日付）