

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic
 担当医又は病院事務長へのお願い

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

この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of hospital / clinic.

この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名してください。

3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につきこの様式1枚が必要です。

Form B
 様式B

Itemized receipt
 領 収 明 細 書

(1) Fee for initial office visit	初 診	料	\$ _____
(2) Fee for follow-up office visit	再 診	料	\$ _____
(3) Fee for home visit	往 診	料	\$ _____
(4) Fee for hospital visit	入 院	管 理 料	\$ _____
(5) Hospitalization	入 院	費	\$ _____
(6) Consultation	診 察	費	\$ _____
(7) Operation	手 術	費	\$ _____
(8) Professional nursing	職 業 看 護 師	費	\$ _____
(9) X-ray examination	X 線 検 査	費	\$ _____
(10) Laboratory tests*	諸 検 査	費	\$ _____
.			\$ _____
.			\$ _____
.			\$ _____
.			\$ _____
(11) Medicines**	医 薬	費	\$ _____
.			\$ _____
.			\$ _____
.			\$ _____
.			\$ _____
(12) Surgical dressing	包 帯	費	\$ _____
(13) Anesthetics	麻 酔	費	\$ _____
(14) Operating room charge	手 術 室	費 用	\$ _____
(15) The Others(specify)	そ の 他 (項 目 明 記)		\$ _____
.			\$ _____
.			\$ _____
.			\$ _____
.			\$ _____
(16) Total	合 計	\$ _____	Unit is _____

*Please fill in the content of the Laboratory tests.
 *諸検査の内容を記入してください。

**Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.
 **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

通貨単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment. i.e, payment for a luxurious room charge.

注 意：高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付: _____ Signature 署名 _____