

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social 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。
- 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事務長が書き、かつ署名して下さい。
- 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。
- If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

Itemized receipt
領収明細書

Form B
様式 B

(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) Laboratory Tests	諸検査費	\$ _____
(9) X-ray Examinations	X線検査費	\$ _____
(10) Medicines	医薬費	\$ _____
(11) Anaesthetics	麻酔費	\$ _____
(12) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____
(13) Others(Specify)	その他 (特記事項など)	\$ _____
		\$ _____
(14) Total	合計	\$ _____

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

注 意 : 高級室料等保険適用外のもの除いて下さい。

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 _____

Address 住所 : Office 病院又は診療所 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____