

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

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

Itemized Receipt

領収明細書

FormB (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) Professional Nursing	職業看護師費	\$	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	\$	
(10) Laboratory Tests★	諸 検 査 費	\$	★Please fill in the content of the Laboratory Tests.
		\$	★諸検査の内容を記入してください。
		\$	
		\$	
(11) Medicines★★	医 薬 費	\$	★★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。
		\$	
		\$	
(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 (特記事項)	\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(16) Total	合 計	\$	Unit is 通貨単位

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

注意： 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name	Last (姓)	First (名)	Title (称号)
Address	Home (自宅)	Phone (電話)	
	Office (病院又は診療所)	Phone	
Date (日付)	／	／	Signature (署名)

Attending Physician (担当医)

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医療費の内訳 (薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話