

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医又は病院事務局長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit.
この様式は患者の国民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 a hospital/clinic
この様式は担当医又は病院の事務局長が書き、かつ署名して下さい。
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、この様式が必要です。
4. 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ください。

**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	入院管理費	\$ _____	
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____	
(6) Consultation	診察費	\$ _____	
(7) Operation	手術費	\$ _____	
(8) X-ray examination	X線検査費	\$ _____	
(9) Medication	医薬費	\$ _____	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$ _____	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$ _____	
(12) Others(specify)その他 (項目明記)		\$ _____	\$ _____
(13) Total	合 計	\$ _____	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e, extra charge for a bed.
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 of Patient **Last 姓** _____ **First 名** _____
 患者名

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic
 担当医又は病院事務局長の名前及び住所

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** _____