

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 social insurance benefit.
この様式は患者の社会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事務長が書き、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、入院外毎に付この様式 1 枚が必要です。
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下さい。

Itemized Receipt
 領収明細書 (医科)

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) Professional Nursing	職業看護婦費	\$ _____	
(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。
<hr/>			
(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。
<hr/>			
(12)Surgical Dressing	包帯費	\$ _____	
(13)Anesthetics	麻酔費	\$ _____	
(14)Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____	
(15)Others(Specify)	その他 (項目明記)	\$ _____ \$ _____	
<hr/>			
(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 _____

※ この明細書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文 (別添) を必ず添付してください。
 翻訳者の氏名、住所等を記載してください。

様式 B 翻訳

(10) 諸検査費の内訳 (諸検査の内容)

(11) 医薬品の内訳 (薬の名称、量)

(15) その他 (特記事項)

翻訳者の

住所 _____

氏名 _____

TEL _____