

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

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 hospital or clinic.
この様式は担当また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 each month, for admission, and for each outpatient visit, one form is required.
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。

Form 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) 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	\$	Unit is (貨幣単位)

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 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	First	Title
	姓	名	称号

Address	: Home 自宅	Phone 電話
住所	Office 病院又は診療所	Phone 電話

Date	:	Signature
日付		署名

(12) その他(項目明記)

翻訳者

住所

氏名



電話