

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 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.

この様式は担当医または病院事務長が書き、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.

各月、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

4. Please fill in the description of service other than listed items.

※16.その他の項目には、1~15に該当しない診療内容を記入して下さい。

Itemized Receipt

領収明細書

Form B 様式B

Description	Unit	Amount
(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) Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-Ray Examinations (X線検査費) _____ <input type="checkbox"/> Ultrasound (超音波検査) _____ <input type="checkbox"/> Nuclear Scan (核医学診断) _____		
(10) Laboratory Tests 諸検査費		
(11) Medicines 医薬費		
(12) Surgical Dressing 包帯費		
(13) Anesthetics 麻酔費 <input type="checkbox"/> Local (局部) <input type="checkbox"/> Spinal(脊椎) <input type="checkbox"/> General (全身)		
(14) Operating Room Charge 手術室費用		
(15) Physiotherapy _____ 理学療法		
(16) Others (Specify) 其他 (項目明記)		
Total Fee 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、治療に直接関係の無いものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic  
担当医または病院事務長の名前および所在地

Name : Last First Title  
名前 姓 名 称号

Address : Office Phone  
病院または診療所の所在地 電話

Date : Signature 署名