

## 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 the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、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.  
月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

Form B  
様式 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 change	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 bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

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 \_\_\_\_\_

■ 邦 訳 (様式B)

(12) その他 (項目明記)

翻 訳 者 記 入 欄	
名 前	<div></div>
住 所	<div>電話番号</div>