

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 health insurance benefit.
この様式は患者の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 the hospital/clinic.
この用紙は、担当医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.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized receipt
領収明細書

Currency paid(支払通貨)

(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		() _____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, for example, extra charge for a bed.
注意 : 高級室料等治療に直接関係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): _____

翻訳（様式Bの続紙）

(12) その他（特記事項）

翻 訳 者 の 記 入 欄	
名 前	⑩
住 所	電話 ()