

Request to Attending Physician (担当医へのお願い)

1. **This form must be certified for the patient to apply for health insurance benefits**
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要なので、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、かつ署名してください。
3. **One copy of this form is required for each month and for each inpatient and outpatient visit.**
各月毎、また入院・入院外(外来)毎につき、この様式1枚が必要です。

FormB
様式 B

Itemized receipt
領 収 明 細 書

		Monetary Unit (通貨単位)
(1) Initial medical fee	初 診 料	
(2) Medical follow-up fee	再 診 料	
(3) Home visit	往 診 料	
(4) Administrative fee for hospitalization	入院管理料	
(5) Hospitalization	入 院 費	
(6) Medical consultation	診 療 費	
(7) Operation	手 術 費	
(8) Examinations	検 査 費	
(9) Medications	医 薬 費	
(10) Anesthesia	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	

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e. extra room charge.

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 or 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) : Office _____ Phone _____
(病院又は診療所) (電話)

Date 日付 : _____ / _____ / _____ Signature(署名) _____

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療記録の番号 _____