

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

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 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(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 is(通貨単位)	
(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	診療費
(7)Operation	手術費
(8)examination	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

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) : 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 _____