

## 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、かつ署名して下さい。

3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (homevisit) should be filled out.

各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

4. If not in dollars, please specify the unit used.

ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

## Itemized Receipt

### 領収明細書

Form B

様式 B

(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) X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	\$	
(10) Laboratory Tests <sup>※</sup>	諸 検 査 費	\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(11) Medicines <sup>※ ※</sup>	医 薬 費	\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(12) Surgical Dressing	包 帯 費	\$	
(13) Anaesthetics	麻 酔 費	\$	
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	\$	
(15) The Others (Specify)	そ の 他 ( 特 記 せ よ )	\$	

※ Please fill in the content of the Laboratory Tests.

※ 諸検査の内容を記入してください。

※ ※ Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine

※ ※ 処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

	\$
	\$
	\$
	\$

(16) Total 合 計 \$  Unit is   
通貨単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.

注意: 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いて下さい。治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
------	---------	----------	-----------

Address	Home(自宅)	Phone(電話)
---------	----------	-----------

	Office(病院又は診療所)	Phone
--	-----------------	-------

Date(日付)	Signature(署名)
----------	---------------

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical record(if applicable)

診療録の番号

様式B 邦訳

(10) 諸検査の内訳 (検査の内容)

---

---

---

---

---

---

---

---

(11) 医療費の内訳 (薬の名称、量)

---

---

---

---

---

---

(15) 特記事項

---

---

---

---

---

---

翻譯者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_