

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 ※	諸 検 査 費	\$
			\$
			\$
			\$
			\$
(11)	Medicines ※ ※	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。

様式B 邦訳

(15) 特記事項

翻 訳 者

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____