

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は、病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.
この様式は患者の国民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 a hospital /clinic.
この様式は担当医又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.毎月毎、入院・入院外毎につき、この様式が 1 枚必要です。

Form B Itemized receipt

様式 B	領	収	明	細	書
(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) Laboratory tests		諸検査費		\$	_____
(10) Medication		医薬費		\$	_____
(11) Anesthetics		麻酔費		\$	_____
(12) Operating room charge		手術室費用		\$	_____
(13) Others (specify)		その他(項目明記)	\$	_____	\$ _____
					Unit is _____
					貨幣単位
(14) 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 _____ First _____ Title _____
姓 名 称号

Address : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

住所 Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date : _____ Signature _____

日付 署名