

Request to Attending Physician 担当医へお願い

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 the attending physician.

この様式は担当医が記入し、署名してください。

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

各月毎、入院・入院外毎に、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ください

Itemized receipt

領 収 明 細 書 Form 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	入院管理費	\$ _____	
(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)	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の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 日付 : _____ Signature 署名 _____