

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

- 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。
- This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of the hospital/clinic.
この用紙は、担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized receipt
領収明細書

Currency paid(支払通貨)

(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) 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		()	_____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, for example, 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) :

Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院又は診療所) _____ Phone(電話) _____

Date(日付) : _____ Signature(署名): _____

翻訳（様式Bの続紙）

(12) その他（特記事項）

--

翻 訳 者 の 記 入 欄	
名 前	⑩
住 所	電話 ()