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 (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

Form B
様式B

(1)	Fee for Initial Office Visit Fee for Follow-up Office	初診料	
(2)	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)	Anesthetics	麻酔費	
(14)	Operating Room Charge	手術室費用	
(15)	Others (Specify)	その他 (特記せよ)	
(16)	Total	合計	

*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 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

Unit is
貨幣単位

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。

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(病院または診療所) Phone

Date(日付) Signature(署名)

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号

領 収 明 細 書（ 様式 B ）翻 訳

(10)　諸検査費の内訳（諸検査の内容）

(11)　医薬費の内訳（薬の名称、量）

(15)　特記事項

翻訳者

名 前：　　㊞

住 所：

電 話：