

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は、患者の社会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 hospital/ clinic.
この様式は、担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院、入院外毎につき、この様式が1枚必要です。
- 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。

**(注)担当医師以外、
記載不可**

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) Anesthetics	麻酔費	\$ _____
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____
(15) The Others (Specify)	その他(項目明記)	\$ _____
		\$ _____

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
諸検査の内容を記入して下さい。

* 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下さい。

(16) Total 合計 \$ _____

Unit is _____
貨幣単価

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e, payment for a luxurious room charge.
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氏名及び住所

Name
担当医師又は病院事務長の氏名 _____
Address Office _____

Signature
署名 _____
Phone _____

医院の名称・所在地 _____
Date
日付 _____