

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic
担当医へのお願い

1. 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。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic.
この様式は担当医または病院事務長が書き、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.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が1枚必要です。
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。

Form B
様式 B

Itemized Receipt
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) Professional Nursing | 職業看護師費 | \$ | |
| (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 (項目明記) | \$ | \$ |
| | | | <u>Unit is</u> |
| (16) Total | 合 計 | \$ | 貨幣単位 |

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.

注 意 : 高級室料等治療に関係のないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic
 担当医または病院事務長の名前及び住所

Name 名前: Last 姓

First 名

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

■邦訳(B)

(15)その他(項目明記)

| 翻訳者記入欄 | |
|--------|----|
| 名前 | Ⓜ |
| 住所 | 電話 |