

1. This form is for the physician to fill in.
この用紙は、医師に記入していただく用紙です。
2. This form is for the physician to fill in.
この用紙は、医師に記入していただく用紙です。
3. One form for each month, one form for hospitalization, outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

* 審査を行うにあたり重要な書類のため、証明していただく海外の医療機関には、できるだけ詳細に証明していただくよう、お願いしてください。

* 通貨単位は、必ず記載してください。

Itemized Receipt

領収明細書

* 青枠内を、
医師に記入してもらう

		(Currency)	Amount
(1) Fee for Initial Office Visit	初 診 料	\$	100
(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 療 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 品	\$	50
(12) Surgical Dressing	包 帯 費		
(13) Anaesthetics	麻 酔 費		
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用		
(15) The Others (Specify)	そ の 他 (特記せよ)	\$	50
			(description) injection
			(description)
			(description)
(16) Total	合 計	\$	200

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, for example, Payment for 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ください。

* 病院の情報欄
医師に記入してもらう

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

Name 氏名 : Last 姓 First 名

Address 住所 : Home 自宅 Phone

Office 病院又は診療所 Phone

Date 日付 Signature 署名

Form B

和訳例

1. This form is for use by medical institutions. *** 日本語以外の外国語には必ず和訳を記載してください。**
この様式は医療機関で使用するものです。 *** 用紙の空白部分に和訳者氏名と和訳日を必ず記載してください。**
2. This form should be filled out by the attending physician. **この様式は担当医が書き、かつ署名してください。**
3. One form for each month, one form for hospitalization, outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

和訳者氏名
アズビル 太郎

和訳日
令和●年●月●日

Itemized Receipt

領収明細書

		(Currency)	Amount
(1) Fee for Initial Office Visit	初 診 料	\$	100
(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 療 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 品	\$	50
(12) Surgical Dressing	包 帯 費		
(13) Anaesthetics	麻 酔 費		
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用		
(15) The Others (Specify)	そ の 他 (特記せよ)	\$	50
		\$	
		\$	
(16) Total	合 計	\$	200

特記事項や他の欄に外国語の記載がある場合は全て和訳を記載する

(description) injection 注射

(description)

(description)

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, for example, Payment for 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ください。

Name and Address of Attending Physician / Manager of Hospital or Clinic **※病院の情報欄の和訳は不要です。**
担当医または病院事務長の名前及び住所

Name 氏名 : Last 姓 _____ First 名 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____