

**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 a hospital / clinic.  
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、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・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。
- 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。

翻訳者

氏名



住所

Tel.

Form B

**Itemized Receipt**

様式B

**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) Anaesthetics	麻酔費	\$ _____		
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____		
(15) Others (Specify)	その他(項目明記)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
		Unit is _____ 貨幣単位		
(16) Total	合計	\$ _____		

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 \_\_\_\_\_