

様式 43

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、証明をお願いいたします。
- 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。

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	\$ _____	Unit is _____	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____	貨幣単位	
(15) Others (Specify)	その他 (項目明記)	\$ _____		
(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 _____

邦訳 (B)

15. その他 (項目明記)

翻訳者記入欄	
名前	<input type="text"/> (印)
住所	電話 <input type="text"/>