

Form B
様式 B

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. 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.
各月ごと、入院・入院外ごとに付きこの様式1枚が必要です。

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 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) Anaesthetics	麻 酔 費	\$
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	\$
(15) The Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$
		\$
(16) Total	合 計	\$

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, I.e, 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 / Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last First Title
名前 姓 名

Address : Home 自宅

住所 : Office 病院又は診療所

Date : Signature
日付 署名