

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic 担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付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 a hospital / clinic.
この様式は担当医または病院の事務長が記入し、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1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の通貨の場合はその旨を書いてください。

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	\$	
			\$	Please fill in the content of the
			\$	Laboratory Tests.
			\$	諸検査の内容を記入してください。
(11)	Medicines	医 薬 費	\$	
			\$	Please fill in the name and the
			\$	amount of the prescription of an
			\$	individual medicine.
			\$	処方した薬の名称と量を記入してく
			\$	ださい。
(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(特記のこと)	\$	
			\$	
			\$	
			\$	
(16)	Total	合 計	\$	Unit is
			\$	通貨単位

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

担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名前 :	Last 姓	First 名	Title 称号
Address 住所 :	Home 自宅	Phone 電話	
	Office 病院または診療所	Phone 電話	
Date 日付	Signature 署名		

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号