

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- 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の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 the attending physician.
この様式は担当医が記入し、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、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

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 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) Anesthetics	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	\$ _____

*Please fill in the content of the Laboratory Tests.

* 諸検査の内容を記入してください。

**Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.

** 処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

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、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone

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 _____

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

住所 _____

氏名 _____

電話 _____