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。

Form B

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) X-ray examination	Ｘ線検査費	$	
(9) Medication	医薬費	$	
(10) Anesthetics	麻酔費	$	
(11) Operating room charge	手術室費用	$	
(12) Others (specify)	その他(項目明記)	$	$
(13) Total	合 計	$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment,I-e,extra charge for a bed.

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 First Title

姓 名 称号

Address : Home 自宅 Phone 電話

住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : Signature

日付 署名