

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	\$ _____	* 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.
		\$ _____	
		\$ _____	**処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
		\$ _____	
(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	\$ _____	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 \_\_\_\_\_

# 記入例

## Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- 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	\$ 150	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$ 100	
(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	\$ 200	
(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	\$	
	<b>Blood test</b>	\$ 100	
		\$	
		\$	
		\$	
(11) Medicines**	医薬費	\$	
	<b>●●●10mg×14Tablet</b>	\$ 300	
		\$	
		\$	
		\$	
(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	\$ 850	Unit is USD 通貨単位

諸検査費は、検査名や検査の内容を詳しく記載します。

医療費は、処方された薬品の名称と処方された量を記入します。

その他は、その費用を要した内容を詳しく記入します。

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) Office(病院または診療所) 123 ●●▲▲●● USA Phone(電話) 123-456-7890  
 Date(日付) 29. 1. 2016 Signature(署名) ●●● ▲▲▲▲  
 Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 12345 (記入がなくてもよい。)

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

**血液検査**

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

**●●●10mg 14錠**

(15) 特記事項

翻訳者

住所 **456 ▲▲●●▲▲ USA**

氏名 **共済 花子**

電話 **987-654-3210**

※ 記入内容に不備があった場合、療養費の算定が正しくできないため、書類を返却し、再度現地の医師に記入を依頼することになり、給付までに時間を要します。必ず、提出前に記入漏れがないか、また、内容に誤りがないか確認をしてください。