

**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

⑩