

# 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

---