## Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医又は病院事務局長へのお願い

- 1. Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit
  - この様式は患者の国民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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic この様式は担当医又は病院の事務局長が書き、かつ署名して下さい。
- 3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が必要です。
- 4. If not in dollars, please specify the unit used ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

(様式B)

Form B

## Itemized receipt 領 収 明 細 書

| Fee for i             | nitial office visit  | 初診料   | \$                             |   |
|-----------------------|--|---|--------------------------------|---|
| Fee for f             | ollow-up office visit  | 再診料   | \$                             |   |
| Fee for h             | nome visit   | 往診料   | \$                             |   |
| Fee for h             | nospital visit   | 入院管理費   | \$                             |   |
| (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   | \$                             |   |
| Operating room charge |  | 手術室費用   | \$                             |   |
| Others(spec           | ify)その他(項目明記)  |   | \$                             | \$  |
| Total                 |  | 合 計   | \$                             |   |
| 意                     | : 高級室料等治療に直接関  |   |                                | charge for a bed.   |
| 5名                    | Last 姓   | First 名   |                                |   |
|                       | _  | nysician/Superintendent   | of Hospital or                 | Clinic  |
| me 名前                 | : <u>Last</u> 姓  | First 名   | Title                          | 称号  |
| dress 住所              | : <u>Home</u> 自宅   |   | Phone                          | 電話  |
|                       |  |   |                                |   |
|                       | Office 病院又は診療所   |   | Phone                          | 電話  |
|                       | Fee for for Fee for he Fee for he Hospitalizate Consultation Operation X—ray examedication Anesthetics Operating Others(spector) Total portant 意 me of Patients A 担当医又は病 me 名前 | Consultation Operation X-ray examination Medication Anesthetics Operating room charge Others(specify)その他(項目明記) Total  portant : Exclude the amount 意 : 高級室料等治療に直接影響 | Fee for follow—up office visit | Fee for follow—up office visit 再診料 \$ Fee for home visit 往診料 \$ Fee for hospital visit 人院管理費 \$ Hospitalization 入院費 \$ Consultation ジ察費 \$ Operation 手術費 \$ X─ray examination 医薬費 \$ Medication 医薬費 \$ Anesthetics 麻酔費 \$ Operating room charge 手術室費用 \$ Others(specify)その他(項目明記) \$ Total 合計 \$  portant : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i⁻e, extra 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。 me of Patient 音名 Last 姓 First 名 me and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or 担当医又は病院事務長の名前及び住所 me 名前 : Last 姓 First 名 Title |