

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
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事務長が書き、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・入院外毎に付この様式1枚が必要です。
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下さい。

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	職業看護婦費	\$	_____
9. X-Ray Examinations	X線検査費	\$	_____
10. Laboratory Tests	諸検査費	\$	_____
11. Medicines	医薬費	\$	_____
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(項目明記)	\$	_____ \$ _____
		\$	_____ \$ _____
			Unit is _____
16. Total	合 計	\$	_____ 貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for luxurious room charge.

注 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

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 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

■ 邦訳(B)

(15) その他 (項目明記)

	翻 訳 者 記 入 欄
名 前	
住 所	電 話