

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.
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Form B
様式 B

Itemized Receipt

領 収 明 細 書

1. Initial Office Visit	初 診 料	_____		
2. Follow-Up Office Visit	再 診 料	_____		
3. Home Visit	往 診 料	_____		
4. Hospitalization	入 院 料	_____		
5. Consultation	診 察 費	_____		
6. Operation	手 術 費	_____		
7. Nursing Fee	職 業 看 護 師 費	_____		
8. X-Ray Examination	X 線 檢 查 費	_____		
9. Tests Performed	*検査内容を記入	諸 檢 查 費	_____	
<hr/> <hr/> <hr/>				
10. Medications	*薬品名・投与量を記入	医 藥 費	_____	
*Please provide the name and dosage for each medication			_____	
<hr/> <hr/> <hr/>			_____	
11. Treatments/Procedures	処 置 費	_____		
12. Surgical Dressings	包 帯 費	_____		
13. Anesthetics	麻 醉 費	_____		
14. Operating Room Charge	手 術 室 費 用	_____		
15. Other (Please specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	_____		
<hr/> <hr/> <hr/>			_____	
16. Total	合 計	Currency Unit	_____	
			通貨単位	_____

IMPORTANT : Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.

注意： 特別室料等、治療に直接関係の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 (名前) : Last (姓) First (名) Title (称号) _____

Medical Institution Name (医療機関名) : _____

Address(住所) : _____ Phone : _____

Date (日付) : _____ Signature (署名) _____