

# 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
2. Fee for Follow-up Office Visit
3. Fee for Home Visit
4. Fee for Hospital Visit
5. Hospitalization
6. Consultation
7. Operation
8. Professional Nursing
9. X-Ray Examinations
10. Laboratory Tests
11. Medicines
12. Surgical Dressing
13. Anesthetics
14. Operating Room Charge
15. The Others (Specify)

	初診料	\$	_____
	再診料	\$	_____
	往診料	\$	_____
	入院管理料	\$	_____
	入院費	\$	_____
	診察費	\$	_____
	手術費	\$	_____
	職業看護婦費	\$	_____
	X線検査費	\$	_____
	諸検査費	\$	_____
	医薬費	\$	_____
	包帯費	\$	_____
	麻酔費	\$	_____
	手術室費用	\$	_____
	その他(項目明記)	\$	_____
		\$	_____
16. Total	合 計	\$	_____
		Unit is	_____
		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	印
住 所	電 話