

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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。
- 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。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (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。

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 療	_____
4. Hospitalization	入 院 費	_____
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 検 査 費	_____
9. Tests Performed	諸 検 査 費	_____

*Please provide details below *検査内容を記入

10. Medications 医 薬 費
*Please provide the name and dosage for each medication *薬品名・投与量を記入

11. Treatments/Procedures 処 置 費
12. Surgical Dressings 包 帯 費
13. Anesthetics 麻 酔 費
14. Operating Room Charge 手 術 室 費 用
15. Other (Please specify) その他(特記事項)

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。

17. Type of Treatment

治療の分類 (D / M / Y)

Hospitalization From _____ / _____ to _____ / _____ (days)
入院 自 _____ / _____ 至 _____ / _____ (日間)

Outpatient or Home Visit _____ / _____ . _____ / _____
入院外 _____ / _____ . _____ / _____

18. Date of Receipt : (領収年月日) _____ / _____ / _____

19. Attending Physician Information 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

Name of Physician: (担当医名)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日) _____ / _____ / _____

様式 B 邦訳

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬品名・投与量)

15. 特記事項

19. 担当医情報欄

医療機関名:

住所:

担当医名:

称号:

翻訳者

住所

氏名

電話
