

【Form B 様式 B】

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.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt 領収明細書

(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	職業看護師費	\$ _____
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$ _____
(10) Laboratory Tests *	諸検査費	

* Please fill in the content of the Laboratory Tests. 諸検査の内容を記入してください。

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

(11) Medicines** 医薬費

** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.

**処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

_____ \$ _____

(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(特記せよ)	

_____ \$ _____

_____ \$ _____

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

注意: 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic 担当医の名前及び住所

Name : Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address : Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院) _____ Phone _____

Date(日付) _____ Signature(署名) _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 _____

【様式 B】 日本語訳

(10) 諸検査の内容、内訳

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者（本人や知人でも可。翻訳内容について問い合わせる場合があります）

住所：

氏名：

電話：

印