

【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：