

## 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 national health insurance benefit  
この様式は患者の国民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 either the attending physician  
この様式は担当医が記入し、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・入院外毎につき、この様式が必要です。
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ください。

### Itemized receipt

### 領 収 明 細 書

Form B (様式B)

(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	入院管理費	\$ _____	
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____	
(6) Consultation	診察費	\$ _____	
(7) Operation	手術費	\$ _____	
(8) X-ray examination	X線検査費	\$ _____	
(9) Medication	医薬費	\$ _____	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$ _____	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$ _____	
(12) Others(specify)その他 (項目明記)		\$ _____	\$ _____
(13) Total	合 計	\$ _____	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e, extra charge for a bed.

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 of Patient

患者名                                          Last 姓                      First 名                     

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医の名前及び住所

Name 名前                      :                     Last 姓                      First 名                      Title 称号                     

Address 住所                      :                     Office 病院又は診療所                      Phone 電話                     

Date 日付                      :                                           Signature 署名