

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 National Health Insurance benefit. この用紙は、患者の国民健康保険の給付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 or the superintendent of the hospital / clinic.
この用紙は、担当医または病院の事務長が書き、かつ署名をしてください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとにつき一枚必要です。
4. If not in dollars please specify the unit used.
ドル以外の通貨の場合は、その旨を書いてください。

I t e m i z e d R e c e i p t

領 収 内 容 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	診察料	\$ _____
(7) Operation	手術費	\$ _____
(8) X-ray Examination	X線検査費	\$ _____
(9) Laboratory Tests	諸検査費	\$ _____
(10) Medication	医薬費	\$ _____
(11) Anesthetics	麻酔費	\$ _____
(12) Operating room charge	手術室費用	\$ _____
(13) Others (specify)	その他(項目明記)	\$ _____
(14) Total	合計	\$ _____

Unit is _____

貨幣単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment in payment for a 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および住所

Name 名前： Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所： Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付： _____ **Signature** 署名 _____

翻訳（様式 B の続紙）

(13) その他（項目明記）

	翻 訳 者 記 入 欄
名 前	
住 所	電話 _____