

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

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 BItemized 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 料	
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	
*検査内容を記入 *Please provide details below		
10. Medications	*薬品名・投与量を記入 医 薬 費	
*Please provide the name and dosage for each medication		
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 せ よ)	
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。

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)

9. 諸検査費の内訳 (諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳 (薬の名称、量)

15. 特記事項

翻訳者

住所

氏名

印

電話