

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。

(Form B) 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) X-ray examination | X線検査費 | \$ _____ | |
| (9) 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。 |
| (10) 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。 |
| | | \$ _____ | |
| | | \$ _____ | |
| (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 | \$ _____ | |

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及び住所

Name

名前：Last First Title
姓 名 称号

Address : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

住所 Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 : _____ Signature 署名 : _____

様式B邦訳

(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)

(13)特記事項

| | |
|-----|---|
| 翻訳者 | |
| 住所 | |
| 氏名 | 印 |
| 電話 | |