

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、この様式が1枚必要です。

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) 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	_____	Currency 通貨_____

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 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 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 \_\_\_\_\_