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。

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 料	$
(5) Hospitalization	入 院 費	$
(6) Consultation	診 察 費	$
(7) Operation	手 術 費	$
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師 費	$
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	$
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査 費	
		$
		$
		$
		$
(11) Medicines**	医 薬 費	
		$
		$
		$
		$
		$
(12) Surgical Dressing	包 帯 費	$
(13) Anesthetics	麻 酔 費	$
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	$
(15) The Others(Specify)	その他(特記せよ)	
		$
		$
		$
		$
(16) Total	合 計	$

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

** 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。

Unit is
通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意： 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name Last(姓) First(名) Title(称号)

Address Home(自宅) Phone(電話)

Office(病院または診療所) Phone

Date(日付) . .

Signature(署名)

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号