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

F	orm	В

様式B

(1) Fee for	Initial Office Visit	初		診		料	\$	
(2) Fee for Follow-up Office Visit				診		料		
	Home Visit	往		診		料		
(4) Fee for	Hospital Visit	入	院	管	理	料	\$	
(5) Hospita	alization	入		院		費	\$	
(6) Consul	tation	診		察		費	\$	
(7) Operat	ion	手		術		費	\$	
(8) Profess	sional Nursing	職	業	看言	蒦 師	費	\$	
(9) X-Ray Examinations		X	線	検	査	費	₹ \$	
(10) Labora	tory Tests*	諸	検	į	查	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。
(11) Medicir	nes**	医		薬		費		** Please fill in the name
			,				\$	and the amount of the
							\$	prescription of an
_							\$	individual medicine.
_							\$	
_							\$	と量を記入してください。
(12) Surgica	al Dressing	包		帯		費	\$	
(13) Anesth	etics	麻		酔		費	\$	<u> </u>
	ing room Charge	手	術	室	費	用	\$	
(15) The Ot	hers(Specify)	その	の他	(特	記せ	よ)		
_							\$	
_							\$	
_							\$	<u> </u>
_							\$	·
(16) Total		合				計	\$	Unit is
注意: 4	Exclude the amount irr 特別室料等、治療に直接 ddress of Attending Ph	関係	ない	to th もの	ne tre は除い	eatm VT	ient. i. e, payi ください。	nent for a luxurious room charg
	前及び住所	-					•	•
ame <u>I</u>	Last(姓)		Fi	rst(名)			Title(称号)
ddress I	Home(自宅)							Phone(電話)
(Office(病院または診療所)						Phone
ate(日付)							Signature(署:	
(12) Surgica (13) Anesth (14) Operati (15) The Oth (16) Total mportant: I 注意: 年 (18) 独当医の名 ame I ddress I	al Dressing etics ing room Charge hers(Specify) Exclude the amount irr 特別室料等、治療に直接 ddress of Attending Ph i 前及び住所 Last(姓) Home(自宅)	包麻手 elev ysic	の他 ant i ないi	帯 酔 室 (特	費 記せ ne tre は除い	費費用よ	\$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$	*諸検査の内容を記入してださい。 ** Please fill in the nar and the amount of the prescription of an individual medicine. **処方した個々の薬の名と量を記入してください。 Unit is 通貨単位 ment for a luxurious room of Title(称号) Phone(電話) Phone

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号_____

様式B 邦訳

(10)	諸検査費の内訳(諸検査の内容)
(11)	医薬費の内訳(薬の名称、量)
	·
(15)	特記事項
	翻訳者
	住所
	氏名
	電話