

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic  
 担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit  
 この様式は患者の社会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 either the attending physician or the superintendent of hospital / clinic.  
 この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.  
 各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.  
 ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

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	\$ _____	Unit is _____ 貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.  
 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 : Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
 名前 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 \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
 日付 署名

■ (B)

(15) その他(項目明記)

翻訳者記入欄	
名前	印
住所	電話