

**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 a hospital/clinic.  
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、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・入院外毎につき、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。

Form B  
様式 B

**Itemized Receipt  
領収明細書**

医療機関にご依頼ください

(1) Fee for Initial Office Visit	初 診 料	\$ _____
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診 料	\$ _____
(3) Fee for Home Visit	応 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) Anaesthetics	麻 酔 費	\$ _____
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	\$ _____
(15) The Others (Specify)	その他(項目明記)	\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
(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 \_\_\_\_\_  
貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e., payment for a 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(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 \_\_\_\_\_

Attending Physician (担当医)

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 \_\_\_\_\_