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。

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)	Anaethetics	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