

Form B**Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic**

担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit.
この様式は患者の国民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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic. この様式は担当医又は病院事務長が記入し、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。
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ください。

Itemized Receipt**領収明細書**

(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	入院管理量	\$	_____	
(5) Hospitalization	入院費	\$	_____	
(6) Consultation	診察費	\$	_____	
(7) Operation	手術費	\$	_____	
(8) X-ray examination	X線検査費	\$	_____	
(9) Medication ※	医薬費	\$	_____	※Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medication ※処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
<hr/>				
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	_____	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	_____	
(12) Others(specify)	その他(項目明記)	\$	_____	\$ _____
(13) Total	合計	\$	_____	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., extra charge for a bed.

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 Medical Institution and Attending Physician (or Superintendent)

医療機関・担当医(または病院事務長)の名前および住所

Name of Medical Institution 医療機関名:

Address of Medical Institution 医療機関の住所:

phone 電話

Name of Attending Physician (or Superintendent) 担当医(または病院事務長)氏名:

Last 姓

First 名

Title 称号

Date 日付:

Signature 署名