

# Request to Attending Physician

## 担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

## 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 Examination	X 線 検 査 費	\$ _____
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査 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) Medicines**	医 薬 費	\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____

\*\* 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。

(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 (項目明記)	\$ _____

		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____

(16) Total	合 計	\$ _____
------------	-----	----------

Unit is \_\_\_\_\_  
通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e., payment for a luxurious room charge.

注 意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name (名前) : Last (姓) \_\_\_\_\_ First (名) \_\_\_\_\_ Title (称号) \_\_\_\_\_

Address (住所) : Home (自宅) \_\_\_\_\_ Phone (電話) \_\_\_\_\_

Office (病院または診療所) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

■邦訳 (B)

(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) その他 (特記事項)

---

---

---

---

---

---

翻訳者

住所

氏名

電話