

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

<p>(1) Fee for Initial Office Visit 初診料 _____</p> <p>(2) Fee for Follow-up Office Visit 再診料 _____</p> <p>(3) Fee for Home Visit 往診料 _____</p> <p>(4) Fee for Hospital Visit 入院管理料 _____</p> <p>(5) Hospitalization 入院費 _____</p> <p>(6) Consultation 診察費 _____</p> <p>(7) Operation 手術費 _____</p> <p>(8) Professional Nursing 職業看護婦費 _____</p> <p>(16) Total 合計 _____</p>	<p>(9) X-Ray Examinations X線検査費 _____</p> <p>(10) Laboratory Tests 諸検査費 _____</p> <p>(11) Medicines (by prescription) 医薬費 _____</p> <p>(12) Surgical Dressing 包帯費 _____</p> <p>(13) Anaesthetics 麻酔費 _____</p> <p>(14) Operating Room Charge 手術室費用 _____</p> <p>(15) Others (Specify) その他 (項目明記) _____</p> <p>(_____)</p>
---	---

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 Phone
 住所: 自宅 電話

Office Phone
 病院又は診療所 電話

Date: Signature
 日付 署名