

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.
この用紙は、患者の国民健康保険の給付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 the hospital / clinic.
この用紙は、担当医師または病院の事務局長が書き、かつ署名をしてください。
- 3 One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out.
この用紙は、各月、入院、入院外ごとに付き一枚必要です。
- 4 If not in dollars please specify the unit used. ドル以外の通貨の場合は、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	入院管理料	_____
(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) Laboratory Tests	諸検査費	_____
(10) Medication	医薬費	_____
(11) Anesthetics	麻酔費	_____
(12) Operating room charge	手術室費用	_____
(13) Others (specify)	その他(項目明記)	_____
(14) Total	合計	_____

Unit is _____
通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment in 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 First Title
姓 名 称号

Address : Home 自宅 Phone 電話
住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : _____ Signature
日付 署名

