TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
   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。
2. 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。
3. One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (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。

Form B
様式 B

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

1. Initial Office Visit	初　診　料	
2. Follow-Up Office Visit	再　診　料	
3. Home Visit	往　診　料	
4. Hospitalization	入　院　費	
5. Consultation	診　察　費	
6. Operation	手　術　費	
7. Nursing Fee	職業看護師費	
8. X-Ray Examination	X 線検査費	
9. Tests Performed *検査内容を記入 *Please provide details below	諸　検　査　費	
10. Medications *薬品名・投与量を記入 *Please provide the name and dosage for each medication	医　薬　費	
11. Treatments/Procedures	処　置　費	
12. Surgical Dressings	包　帯　費	
13. Anesthetics	麻　酔　費	
14. Operating Room Charge	手術室費用	
15. Other (Please specify)	その他（特記せよ）	
16. Total	合　計	

Currency Unit
通貨単位

IMPORTANT：Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.
注意：　特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name:（医療機関名）

Address:(住所)

Name of Physician:(担当医名)　　Title:(称号)

Signature:(署名)　　Phone:(電話)

Date Completed:（作成年月日）　　.　　.

様式 B　　邦訳

9. 諸検査費の内訳（諸検査の内容）

10. 医薬費の内訳（薬の名称、量）

15. 特記事項

翻訳者

住所

氏名　　㊞

電話