

**Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/clinic**

担当医/事務長へのお願い

1. 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。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic.  
この様式は担当医また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。

Form B  
様式 B

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) Professional Nursing	職 業 看 護 婦 費	\$	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	\$	
(10) Laboratory Tests	諸 検 査 費	\$	
(11) Medicines	医 薬 費	\$	
(12) Surgical Dressing	包 帯 費	\$	
(13) Anaesthetics	麻 酔 費	\$	
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	\$	
(15) Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$	\$
			Unit is
(16) Total	合 計	\$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for 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 : Last First Title  
名前 : 性 名

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

Date : Signature  
日付 : 署名