

## 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 . Peases 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。

Form B 様式 B	<b>Itemized Receipt 領収明細書</b>		
( 1 ) Fee for Initial Office Vist	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 ) Consultaion	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 ) Anaethetics	麻酔費	\$ _____	
( 14 ) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____	
( 15 ) Others (Specify)	その他 (項目明記)	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
			Unit is _____
( 16 ) Total	合 計	\$ _____	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 名前 :	Last 姓 _____	First 名 _____	Title 称号 _____
Address 住所 :	Home 自宅 _____		Phone 電話 _____
Office 病院又は診療所 _____			Phone 電話 _____
Date 日付 _____	Signature 署名 _____		