

From B
様式 B

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

- 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。
- 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。
- 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。

Itemized Receipt

領収明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名	Date of Birth (D / M / Y) 生年月日 . .	Sex 性別	Male · Female
2. Initial Office Visit	初 診	料	
3. Follow-Up Office Visit	再 診	料	
4. Home Visit	往 診	料	
5. Hospitalization	入 院	費	
6. Consultation	診 察	費	
7. Operation	手 術	費	
8. Nursing Fee	職 業 看 護 師	費	
9. X-Ray Examination	X 線 検 査	費	
10. Tests Performed *Please provide details below	*検査内容を記入 諸 検 査	費	
11. Medications *Please provide the name and dosage for each medication	*薬品名・投与量を記入 医 薬	費	
12. Treatments/Procedures	処 置	費	
13. Surgical Dressings	包 帯	費	
14. Anesthetics	麻 酔	費	
15. Operating Room Charge	手 術 室	費 用	
16. Other (Please specify)	そ の 他 (特記せよ)		
17. 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) . .

10. 諸検査費の内訳（諸検査の内容）

11. 医薬費の内訳（薬の名称、量）

16. 特記事項

翻訳者

住所

氏名

④

電話