

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。

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	諸 検 査 費	_____
*検査内容を記入		
*Please provide details below		
		_____
		_____
		_____
		_____
10. Medications	医 薬 費	_____
*薬品名・投与量を記入		
*Please provide the name and dosage for each medication		
		_____
		_____
		_____
		_____
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