

## Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health Insurance  
この用紙は、患者の国民健康保険の給付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 the hospital / clinic.  
この用紙は、担当医または病院の事務長が書き、かつ署名をしてください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとに付き一枚必要です。
4. If not in dollars please specify the unit used. ドル以外の通貨の場合は、その旨を書いてください

### Form 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) X-ray Examinations	X線検査費	\$ _____
(9) Laboratory Tests	諸検査費	\$ _____
(10) Medication	医薬費	\$ _____
(11) Anesthetics	麻酔費	\$ _____
(12) Operating room charge	手術室費用	\$ _____
(13) Others (specify)	その他 (項目明記)	\$ _____
<b>(14) Total</b>	<b>合 計</b>	<b>\$ _____</b>

Unit is

貨幣単位

**Important:** Exclude the amount irrelevant to the treatment in payment for a luxurious room  
注意 charge. 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および住所

Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

Address: Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

住所 Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_