

# 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 Please fill in this form so that the patient may claim the insurance benefit.

この様式は患者の保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

翻訳者

2 This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.

この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名してください。

3 One form for each month and one form 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ください。

氏名
住所
電話 ( ) -

### Form B Itemized Receipt 様式 B 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	入院管理費	\$ _____	
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____	
(6) Consultation	診察費	\$ _____	
(7) Operation	手術費	\$ _____	
(8) X-ray Examination	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)	\$ _____	\$ _____

Unit is \_\_\_\_\_  
貨幣単位

(14) Total 合計 \$ \_\_\_\_\_

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment , i-e , extra charge for a bed .  
注意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

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 姓 名 称号

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

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