

# Form B

(様式 B)

## Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
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、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が1枚必要です。

## Itemized Receipt 領収明細書

Name of patient (Last, First)	Age (Date of Birth)	Sex (Male · Female)
患者名 _____	年齢 (生年月日) _____, _____, _____	性別 (男 · 女) _____

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. Professional Nursing	職業看護師費	
9. X-Ray Examinations	X線検査費	
10. Laboratory Tests ※	諸検査費	
※Please fill in the content of the Laboratory Tests. ※諸検査の内容を記入してください。	→	
11. Medicines ※	医薬費	
※Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. ※処方した個々の薬の名称と量を記入ください。	→	
12. Surgical Dressing	包帯費	
13. Anesthetics	麻酔費	
14. Operating room Charge	手術室費用	
15. The Others (Specify)	その他(特記せよ)	
	→	
16. Total	合計	

Unit is \_\_\_\_\_  
通貨単位

※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のないものは除いて下さい。

■ Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name (名前) Last (姓) \_\_\_\_\_ First (名) \_\_\_\_\_ Title (称号) \_\_\_\_\_

Office Address (病院または診療所の住所) \_\_\_\_\_

Office (病院または診療所の名称) \_\_\_\_\_ Phone (電話) \_\_\_\_\_

Date (日付) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Attending Physician's Signature (担当医署名) \_\_\_\_\_

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 \_\_\_\_\_

■様式B（邦訳）

10. 諸検査費の内訳

---

---

---

---

---

---

---

---

11. 医薬費の内訳（薬の名称、量）

---

---

---

---

---

---

---

---

15. 特記事項

---

---

---

---

---

---

---

---

翻訳者記入欄	
氏名	<input type="text"/>
住所	<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>