

< Requests to the Attending Physician or Hospital/Clinic Manager >

< 担当医または病院事務長へのお願ひ >

1. 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。

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

この様式は担当医また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 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

【IMPORTANT】 Exclude amounts irrelevant to treatment, such as Document Issuance Fees & Deluxe Room Charges.

【注意】 高級室料、書類発行料等治療に直接関係ないものは除いてください。

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	_____
10. Medications	医薬費	_____
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	_____
17. Currency Unit	通貨単位	_____

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION (担当医情報)

Medical Institution Name (医療機関名)

Address (住所)

Phone (電話)

Name of Physician / Title (担当医名 / 称号)

Signature (署名)

Date (日付)