

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health 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。
2. 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。
3. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。

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) 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
を記入してください。

(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 事 項)	_____

(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 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

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

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____

Phone _____

Office 病院又は診療所 _____

Phone _____

Date 日付 _____

Signature 署名 _____

Attending Physician (担当医)

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