

## 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 social insurance benefit.  
この様式は、患者の社会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 a hospital / clinic  
この様式は、担当医または病院事務長が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、入院・通院毎につき、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。

## Itemized Receipt 領収明細書 (医科)

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	\$	_____	
11. Medicines	医薬費	\$	_____	
12. Surgical Dressing	包帯費	\$	_____	
13. Anaesthetics	麻酔費	\$	_____	
14. Operating Room Charge	手術室費	\$	_____	
15. Others (Specify)	その他 (項目明記)	\$	_____	※要邦訳 (裏面)
		\$	_____	\$ _____
		\$	_____	\$ _____
16. Total	合計	\$	_____	Unit is _____ 貨幣単位

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ください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医または病院事務長の名前と住所

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

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

Office 病院・診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

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