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　　Form B

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の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This 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 for hospitalization/outpatient (home visit)should be filled out.
   毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必要です。

Form B 様式 B　　Itemized Receipt 領収明細書

Currency paid（支払い通貨）________________

（1） Fee for Initial Office Visit	初診料	__________
（2） Fee for Follow-up Office Visit	再診料	__________
（3） Fee for Home Visit	往診療	__________
（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） Anesthetics	麻酔費	__________
（14） Operating Room Charge	手術室費用	__________
（15） Others (Specify)	その他（項目明記）	
（16）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
担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名前: Last 姓 ________ First 名 ________ Title 称号 ________

Address 住所:Home 自宅 ________ Phone 電話 ________

Office 病院または診療所 ________ Phone 電話 ________

Date:日付 ________ Signature 署名 ________