

## Form B

**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 National Health Insurance benefit.  
この用紙は、患者の国民健康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 the hospital / clinic.  
この用紙は、担当医師または病院の事務局長が書き、かつ署名をしてください。
- 3 One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out.  
この用紙は、各月、入院、入院外ごとに付き一枚必要です。
- 4 If not in dollars please specify the unit used. ドル以外の通貨の場合は、その旨を書いてください。

**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) X-ray examination	X線検査費	_____
(9) Laboratory Tests	諸検査費	_____
(10) Medication	医薬費	_____
(11) Anesthetics	麻酔費	_____
(12) Operating room charge	手術室費用	_____
(13) Others (specify)	その他(項目明記)	_____
(14) Total	合 計	_____

Unit is \_\_\_\_\_

通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment in 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 / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

## Name

名前	: Last	First	Title
	姓	名	称号

Address : Home 自宅

Phone 電話

住所 Office 病院又は診療所

Phone 電話

Date : \_\_\_\_\_

日付

Signature \_\_\_\_\_

署名

その他（項目明記）

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	<div></div> <div>印</div>
住 所	<div>電話</div>