

## TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

## Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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。
- This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- 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。

Form B  
様式 BItemized Receipt  
領 収 明 細 書

|                                                         |                   |  |
|---------------------------------------------------------|-------------------|--|
| 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           |  |
| *検査内容を記入                                                |                   |  |
| *Please provide details below                           |                   |  |
|                                                         |                   |  |
|                                                         |                   |  |
|                                                         |                   |  |
| 10. Medications                                         | 医 薬 費             |  |
| *薬品名・投与量を記入                                             |                   |  |
| *Please provide the name and dosage for each medication |                   |  |
|                                                         |                   |  |
|                                                         |                   |  |
|                                                         |                   |  |
| 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 ( 項 目 明 記 ) |  |
|                                                         |                   |  |
|                                                         |                   |  |
| 16. Total                                               | 合 計               |  |

Currency Unit

通貨単位

IMPORTANT : Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.

注意 : 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

## ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

Name of Physician: (担当医名)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬の名称、量)

15. 特記事項

翻訳者

住所

氏名

印

電話