

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、また入院・入院外毎につき、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	_____
(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 (項目明記)	_____

\*\*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。

(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 Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_  
 Address Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_  
 Office(病院または診療所) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Date(日付) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature(署名) \_\_\_\_\_

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称, 量)

(15) その他 (項目明記)

翻訳者

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_