

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic  
 担当医又は病院事務長へのお願い

From B  
 様式 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 form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.  
 この様式は担当医又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.  
 各月毎、入院・入院外毎に付この様式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

(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 婦 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) The Others (Specify)	その他 (特記せよ)	\$	\$
		\$	\$
(16) Total	合 計	\$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for 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  
 担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last First Title  
 名前 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 Signature  
 日付 署名