Form B

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

1．Please fill in this form so that the patient may claim national health insurance benefit.
国民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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
担当医又は病院の事務長が記入し、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.
各月ごと、入院・入院外ごとに、1枚ずつ必要です。

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。

Iltemized 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	入院管理費	$
(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) Other(specify)	その他（項目明記）	$
(14) Total	合計	$

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, l-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下さい。

Form B

Name of Patient 患者名

Last 姓 First 名

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 姓 First 名 Title 称号

Office 病院又は診療所 : Phone 電話 :

Address 住所 :

Date 日付 : D/ M/ Y Signature 署名 :