

Requests to the Attending Physician or Superintendent of Hospital or 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.
この様式は患者の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 the attending physician or superintendent of hospital or clinic.
この様式は担当医また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 for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。
4. Please write the monetary unit used on the "Money unit" line.
ドル以外の貨幣の場合は、貨幣単位欄に記入してください。
5. If patient was provided meals while hospitalized, please write no. of times and cost on the "Others" line.入院時に食事を提供した場合は、回数と金額をその他欄に記入してください。

Form B (様式B)

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) Medication	医薬費	\$ _____	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$ _____	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$ _____	
(12) Others (specify)	その他 (項目明記)	_____	\$ _____
	例) 食事代 (回数)	_____	\$ _____
	Ex.) Meals (x times)	_____	\$ _____
(13) Total	合計	\$ _____	Money Unit: _____ (貨幣単位)

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, such as 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ください。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医または病院事務長の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所: Home 自宅 _____ Phone No. 電話 _____

Office 病院または診療所 _____ Phone No. 電話 _____

Date 日付: _____ Signature 署名 _____