

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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。
- 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 one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt

領収明細書

		Unit is (通貨単位)	_____
(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) 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 品

**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。

_____	\$
_____	\$
_____	\$
_____	\$

(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 (特記事項)	\$	_____

_____	\$
_____	\$
_____	\$

(16) Total	合 計	\$	_____
------------	-----	----	-------

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(病院又は診療所) _____ Phone(電話) _____

Date _____ Signature of the
日付 _____ Attending Physician
担当医の署名

Reference Number of your Medical Record (if applicable) _____

診療録の番号

翻 訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬品の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

(翻訳者)

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____