

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the National Health Insurance benefit. この用紙は、患者の国民健康保険の給付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 either the attending physician or the superintendent of the hospital / clinic.
この用紙は、担当医または病院の事務長が書き、かつ署名をしてください。
- One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとにつき一枚必要です。
- If not in dollars please specify the unit used.
ドル以外の通貨の場合は、その旨を書いてください。

Itemized Receipt
領収内容明細書

| | | |
|------------------------------------|-----------|----------|
| (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 | 診察料 | \$ _____ |
| (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) Others (specify) | その他(項目明記) | \$ _____ |
| (14) Total | 合計 | \$ _____ |

Unit is _____
貨幣単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment in payment for a luxurious room charge.

注意 高級室料等治療に直接関係のないものは、除いて下さい。

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

担当医又は病院事務長の名前および住所

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

Address 住所: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付: _____ Signature 署名 _____