

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

1. 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。

2. 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。

3. 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、入院外ごとに付き一枚必要です。

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)	\$	_____ \$ _____
(13) Total	合計	\$	_____

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.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。

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

Address : Home 自宅 Phone 電話
住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : _____ Signature 署名
日付 _____