## Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 1. Please fill in this form so that the patient may claim the 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. この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- 3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式 1 枚が必要です。

## Itemized Receipt 領切明細書

			領収明	細書	
Form					
様式I		<del>-\</del> TT =		¢.	
(1) (2)	Fee for Initial Office Visit Fee for Follow-up Office Visit		診 料 診 料	<u>\$</u> \$	
(3)	Fee for Home Visit		診 料	\$	
(4)	Fee for Hospital Visit	•	管 理 料	\$	
(5)	Hospitalization		院 費	\$	
(6)	Consultation		察費	\$	
(7)	Operation	手 1	術 費	\$	
(8)	Professional Nursing	職業看	護師費	\$	
(9)	X-Ray Examinations	X 線 t	険 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	費		**Please fill in the name
				\$	and the amount of the
				\$	prescription of an individual medicine.
				\$	marvada 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		<u>\$</u> \$	
(13)	Anesthetics	麻 酔			
(14)	Operating room Charge	手 術 室	費用	\$	
(15)	The Others(Specify)	その他(特	辞記せよ)		
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
(16)	Total	合	 計	\$ \$	Unit is
(10)	iotai		ĪΪ	Φ	Offictis 通貨単位
Na	portant: Exclude the amount i 注意:特別室料等、治療に直接 tme and Address of Attending 担当医の名前および住所	関係ないも			nt for a luxurious room charge.
	(1.1.)		,		( )
Na	ume <u>Last(姓)</u>	st(姓) First(约		名)	Title(称号)
Ad	ldress <u>Home(自宅)</u>				Phone(電話)
	Office(病院または記	诊療所)			Phone
Da	ute(日付)	Signature(署名)			
					Attending Physician(担当医)
		Reference	Number	of your Medical Re	cord (if applicable)

診療録の番号