Form B

Itemized Receipt 領収明細書

（様式Ｂ）

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.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

Name of Patient（Last , First）患者名 _____

Country 国名 _____ Currency unit 通貨単位 _____

	Item（項目）		Amount（金額）
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	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 （医薬費） Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. 処方した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 （その他・特記） （Specify）		
	Total 合計		

※ Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e,payment for a luxurious room charge.
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 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 ・ ・ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record（if applicable）診療録の番号 _____

様式Ｂ　翻訳

10．諸検査費の内訳

11．医薬費の内訳（薬の名称、量）

15．その他（特記事項）

翻 訳 者

氏　　名

住　　所

電話番号