

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) SurgicalDressing	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