

Requests to the Attending Physician or Hospital/Clinic Manager

担当医または病院事務長へのお願い

1. Please certify this form so that the patient may claim National Health Insurance benefits in Japan

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 either the attending physician or hospital/clinic manager..

この様式は担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。

3. One copy of this form is required for each month and for each inpatient and outpatient treatment.

各月毎、入院 入院外毎につき、この様式一枚が必要です。

4. Please specify the monetary unit used.

通貨の単位を必ずお書きください。

Form B

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 hospitalization	入院費	
(5)	Fee for consultation	診察費	
(6)	Fee for operation	手術費	
(7)	Fee for professional nursing	職業看護師費	
(8)	Fee for X-ray examination	X線検査費	
(9)	Fee for laboratory tests ※1	諸検査費	
(10)	Fee for medications ※2	医薬費	
(11)	Fee for treatments/procedures※3	処置費	
(12)	Fee for surgical dressings	包帯費	
(13)	Fee for anesthetics	麻酔費	
(14)	Operating room charge	手術室費用	
(15)	Others ※4	その他	

Currency unit

通貨単位

TOTAL 合計

Important: Exclude amounts irrelevant to treatment, such as document issuance fees & extra charges for bed.

注意：差額ベッド代、書類発行料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

Name and address of attending physician or hospital / clinic manager：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 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

※1-3 について詳細の記入（Form B の続紙）

※1 Regarding (9) fee for laboratory tests, please provide details below. 検査費に関して検査内容を記入
※2 Regarding (8) fee for medications, please provide the name and dosage for each medication. 医薬費に関して薬品名・投与量を記入
※3 Regarding (11) fee for treatments/procedures, please provide details below. 処置費に関して内容を記入
※4 Regarding (15) others, please provide details below. その他に関して内容を記入

注意：上記が日本語以外で記載されている場合は

必ず日本語訳を余白に追記するか、余白がない場合は別紙に日本語訳を記入して添付してください

	翻訳者の記入欄
名前	
住所	
電話	