

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

FormB (様式B)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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 for each hospitalization / outpatient visit (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。

Form B (様式B)

Itemized Receipt(領収明細書)

1	Initial Office Visit	初診料	
2	Follow-Up Office Visit	再診料	
3	Home Visit	往診料	
4	Hospitalization	入院費	
5	Consultation	診察費	
6	Operation	手術費	
7	Nursing Fee	職業看護師費	
8	X-Ray Examination	X線検査費	
9	Tests Performed	諸検査費	
*Please provide details below (検査内容を記入)			
10	Medications	医薬費	
*Please provide the name and dosage for each medication (薬品名・投与量を記入)			
11	Treatments/Procedures	処置費	
12	Surgical Dressings	包帯費	
13	Anesthetics	麻酔費	
14	Operating Room Charge	手術室費用	
15	Other (Please specify)	その他(特記せよ)	
16	Total	合計	
			Currency Unit(通貨単位)

IMPORTANT : Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.
注意 : 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION (担当医情報欄)

Medical Institution Name: (医療機関名)			
Address: (住所)			
Name of Physician: (担当医名)			
Signature: (署名)	Phone(電話)		
	Date Completed (作成年月日)		

様式B 邦訳

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬の名称・量)

15. 特記事項

翻訳者

住所

氏名

電話
