

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、かつ署名して下さい。
- One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.  
各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。

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 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	\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
(11) Medicines	医 薬 費	\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
(12) Surgical Dressing	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	\$ _____

Please fill in the content of the Laboratory Tests  
諸検査の内容を記入してください。

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。

Unit is \_\_\_\_\_  
通貨単位

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 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_

Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

Attending Physician (担当医)

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