Form B　（様式Ｂ）

**Requests to the Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic（担当医または病院事務局長へのお願い）**

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 the superintendent of

a Hospital / Clinic.

　　　　この様式は担当医または病院の事務局長が書き、かつ署名してください。

３．One form is needed for each and every inpatient or outpatient treatment visit.

　各月毎、入院、入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

４．One form is needed for each and every inpatient or outpatient treatment visit.

　　 ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

**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 入院管理費　　＄

（５）　Hospitalization 入院費　　　　　＄

（６）　Consultation 診察費　　　　　＄

（７）　Operation 手術費　　　　　＄

（８）　X-ray examination X線検査費　　＄

（９）　Medication 医薬費　　　　　＄

（10）　Anesthetics 麻酔費　　　　　＄

（11）　Operating room charge　　　　　　　　　　手術室費用 ＄

（12）　Others（specify）その他（項目明記）　　　　　　　　 　　　　＄　　　　　　　　　　　　　　＄

（13）　Total　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 合　　計 ＄

　　Important　　　： Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.

　　注　意　　　　　　：　高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください。

　　Name of Patient

　　患者名　　　　　　Last姓　　　　　　　　　　　　　　　　　First名

　　Name and Address of Attending Physician／Superintendent of Hospital or Clinic

　　　　担当医または病院事務局長の名前および住所

　　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