

FormB Itemized Receipt

様式B 領収明細書



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.

月別、入院・外来別で、この様式が1枚ずつ必要です。

①Name of Patient(Last,First) 患者名	Sex(Male · Female) 性別
②Date of birth 生年月日	.

③Fee for Initial Office Visit 初診料	\$	
④Fee for Follow-up Office Visit 再診料	\$	
⑤Fee for Home Visit 往診料	\$	
⑥Fee for Hospital Visit 入院管理料	\$	
⑦Hospitalization 入院費	\$	
⑧Consultation 診察費	\$	
⑨Operation 手術費	\$	
⑩Professional Nursing 職業看護師費	\$	
⑪X-Ray Examinations X線検査費	\$	
⑫Laboratory 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。	\$	* ()
⑬Medicines 医薬費	\$	** ()
	\$	** ()
**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。	\$	** ()
⑭Surgical Dressing 包帯費	\$	
⑮Anesthetics 麻酔費	\$	
⑯Operating room Charge 手術室費用	\$	
⑰The Others(Specify) その他(特記事項)	\$	
	\$	
Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment. i.e., payment for a luxurious room charge. 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。	\$	
⑱Total 合計	\$	
⑲ 通貨単位 Unit is		

⑳Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所	
Name(Last,First) 氏名	Title 称号
Address 住所	Phone 電話
Home 自宅	Phone 電話
Office 病院	Phone 電話
Date 日付	Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号
Signature 署名 (Attending Physician 担当医)	

■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.
月別、入院・外来別で、この様式が1枚ずつ必要です。

①患者名	性別 (男・女)		
②生年月日			
③初診料	\$		
④再診料	\$		
⑤往診料	\$		
⑥入院管理料	\$		
⑦入院費	\$		
⑧診察費	\$		
⑨手術費	\$		
⑩職業看護師費	\$		
⑪X線検査費	\$		
⑫諸検査費	\$	* ()
* 諸検査の内容を記入してください。	\$	* ()
	\$	* ()
	\$	* ()
⑬医薬費	\$	** ()
	\$	** ()
	\$	** ()
** 処方した個々の薬の名称と量を記入してください。			
⑭包帯費	\$		
⑮麻酔費	\$		
⑯手術室費用	\$		
⑰その他(特記事項)	\$		
	\$		
	\$		
⑱合計	\$		
⑲通貨単位			

翻訳者の 氏名

住所

電話番号
