



■邦訳 (A)

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

\_\_\_\_\_

6. 症状の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. 処方、手術その他の処置の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

翻訳者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_



電話 \_\_\_\_\_

# Request to Attending Physician 担当医へのお願い

1. 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。
2. 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。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.  
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

## Itemized Receipt 領 収 明 細 書

Form B  
様 式 B

(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 Examination	X 線 検 査	費	\$	
(10) Laboratory 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。

			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

(11) Medicines**	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。

(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 (項 目 明 記)		\$	

			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

(16) Total	合 計		\$	
------------	-----	--	----	--

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) \_\_\_\_\_ Title (称号) \_\_\_\_\_

Address (住所) : Home (自宅) \_\_\_\_\_ Phone (電話) \_\_\_\_\_

Office (病院または診療所) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

■邦訳 (B)

(10) 諸検査費の内訳 (諸検査の内容)

---

---

---

---

---

---

(11) 医薬費の内訳 (薬の名称、量)

---

---

---

---

---

---

(15) その他 (特記事項)

---

---

---

---

---

---

翻訳者

住所

氏名

電話

