

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、かつ署名して下さい。
3. 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