

※外国語で記載されている場合は、別紙翻訳用を作成し、添付下さい。(この用紙に翻訳されても結構ですが、その場合は翻訳者を下記に明記して下さい。)

1. This form is used for claiming the social insurance benefit
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic
この様式は担当医が書き、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・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Form B
様式 B

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 婦 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) Anaesthetics	麻 酔 費	\$	
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	\$	
(15) The Others(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	\$	\$
		\$	\$
(16) Total	合 計	\$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

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

担当医又は、病院事務長の名前及び住所

Name:	Last	First	Title
名 前	姓	名	
Address:	Home 自宅		phone
住 所	Office 病院又は診療所		phone
Date:		Signature	
日 付		署 名	