

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient can claim the health insurance benefits.
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 is required for each month, one form for hospitalization/outpatient visits, and one form for home visits.
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 provide a description of the laboratory tests.

諸検査の内容を記入してください。

Please provide the name and dosage of each prescribed medication.

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 any expenses unrelated to treatment, such as charges for a luxury room.
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