

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 \_\_\_\_\_