## TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

## Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 1. Please fill out this form so that the patient may claim 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、かつ署名してください。
- 3. One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form B	Iter	nized				
様式 B		収明		細書		
1. Initial Office Visit			初	診	料	
2. Follow-Up Office Visit			再	診	料	
3. Home Visit			往	診	料	
4. Hospitalization			入	院	費	
5. Consultation			診	察	費	
6. Operation			手	術	費	
7. Nursing Fee			職	業看護自	币 費	
8. X-Ray Examination			Х	線検査	費	
9. Tests Performed	検査内容を記入		言材		曲	
*Please provide details below	7		諸	検 査	費	
	·薬品名・投与量を記入 d doce go for each modiae	tion	医	薬	費	
*Please provide the name an	a adsage for each medica	uion				
11. Treatments/Procedures			処	置	費	
12. Surgical Dressings			包	帯	費	
13. Anesthetics			麻	酔	費	
14. Operating Room Charge			手	術室費		
15. Other (Please specify)			そ(	の他(特記せ	<b>ニ</b> よ)	
16. Total			合		計	
						Currency Unit
IMPORTANT: Exclude any in 注意: 特別室料等、治療に	crelevant costs to the tre 直接関係のないものは除				or priva	通貨単位 ate/deluxe room.
ATTENDING PHYSICIAN IN	FORMATION 担当医情	報欄				
Medical Institution Name:	医療機関名)					
Address:(住所)						
Name of Physician:(担当医》	名)	Title:(称号)				
Signature:(署名)			Phone:(電話)			
			Date Completed:(作成年月日)			

様式 B 邦訳

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬の名称、量)

15. 特記事項

翻訳者			
住所			
氏名			-
電話			