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。
- 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	Iten	nized R	eceipt			
様式 B			細書			
1. Initial Office Visit		初	診	料		
2. Follow-Up Office Visit		再		料		
3. Home Visit		往		料		
4. Hospitalization		入		費		
5. Consultation		診		費		
6. Operation		手	術	費		
7. Nursing Fee		職	業看護師	費		
8. X-Ray Examination		X	線検査	費		
9. Tests Performed	*検査内容を記入	諸	検 査	費		
*Please provide details be	elow	珀	(快) 19.	其		
10. Medications	*薬品名・投与量を記入	<i>I</i> ₩	747	<u></u>		
*Please provide the name	and dosage for each medica	医 tion	薬	費		
11. Treatments/Procedures		処	置	 費		
12. Surgical Dressings		包		費		
13. Anesthetics		麻		費		
14. Operating Room Charge)	手		用		
15. Other (Please specify)		そ	の他(特記せ			
40 m · 1		^		=1		
16. Total		合		計	O II.''	
					Currency Unit 通貨単位	
	ny irrelevant costs to the trea 寮に直接関係のないものは除い			privat		
ATTENDING PHYSICIAN	INFORMATION 担当医情	役欄				
Medical Institution Nam	ie:(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		
上 住所		
_ 氏名		(EII)
# 		
電話		