

Please see the backside of this form.

Form B

裏面も見てください。

Yaizu

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)	X-ray examination	X線検査費	_____
(9)	Medication	医薬費	_____
(10)	Anesthetics	麻酔費	_____
(11)	Operating room charge	手術室費用	_____
(12)	Others (specify)	その他 (項目明記)	_____ ()
			_____ ()
			_____ ()
			_____ ()
			_____ ()
(13)	Total	合計	_____
(14)	Currency unit	通貨単位	_____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, I.e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

Hospital(Clinic)name 病院 (診療所) 名前 _____

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	姓	名	称号
名前	: Last	First	Title

Address : Home	自宅	Phone	電話
住所		_____	

Office	病院又は診療所	Phone	電話
_____		_____	

HP Address

Date	日付	Signature	署名
:	_____	_____	_____

●Form B

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

- 1 Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit.
この様式は患者の国民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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
この様式は担当医又は調印の事務長が書き、かつ署名して下さい。
- 3 One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filed out.
各月ごと、入院・入院外ごとに、この様式が必要です。