Form B

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院の事務長へお願い

Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.
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。
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病院の事務長が書き、かつ署名をしてください
One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.
各月ごと、入院・入院外ごとに、1枚ずつ必要です。

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

		（支払通貨）(Unit is)
(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 examinations	X線検査費	
(9) Laboratory Tests	諸検査費	
(10) Medication	医薬費	
(11) Operating room charge	手術室費用	
Others (specify)	その他（項目明記）	
Others (specify)	その他（項目明記）	
Others (specify)	その他（項目明記）	
Total	合計	

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed.
注 意 ： 高級室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

Name of Attending Physician／Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院の事務長の名前

Name : Title
(名前) (称号)

Address : phone
(所在地) (電話)

Date D/ M/ Y Signature
(日付) (署名)