## Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic 担当医また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. この様式は国民健康保険の給付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. この様式は担当医または病院の事務長が書き、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 fill ed out. 各月ごと、入院・外来ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt

## 領 収 内 容 明 細 書

(1)	Fee fo	r	initial	office v	/isit	初診料				
(2)	Fee fo	r i	follow -	up office	e visit	再診料			-	
(3)	Fee fo	r h	nome vi	sit		往診料			-	
(4)	Fee fo	r h	nospital	visit		入院管理	料			
(5)	Hospita	liza	ation			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 examination					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)	Others(	spec	cify)			その他(	項目明記)			
(16) Total		( (	currency	)		合 計			Unit is	
									貨幣単位	
注 Name	意 and	:高 Add	級室料等	等治療に直持	接関係のないも ng Physician	のは除いて	下さい。		a charge for a or Clinic	bed.
Name		:	Last		F	irst		Title		_
名前	Ī		姓		2	, 1		称号		
Addre	ess	:	Home	自宅				Phone	電話	_
住所	Ť		Office	病院又は記	沴療所			Phone	電話	-
Date		:			Si	ignature				-
日付	t					署名				