Form　B

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	$	

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下さい。

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 名前　: Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所　: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付　: _____ Signature 署名 _____

※Request to Attending Physician　（担当医へのお願い）

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 the attending physician.
   この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.
   各月毎、入院・入院外毎について、この様式１枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
   ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

邦訳（様式 B）

（12）その他（項目明記）

翻訳者

名前：

住所：

電話：