

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 social insurance benefit.
 この様式は患者の社会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 hospital/clinic.
 この様式は担当医又は病院事務長が書き、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 filled out.
 各月毎、入院・外来毎にこの様式1枚が必要です。
4. Please specify the monetary unit used.
 通貨単位を明記して下さい。

Itemized Receipt
 領 収 明 細 書

Head	項目	Fee 料金	Monetary Unit 通貨単位
1. Initial fee	初診料		
2. Follow-up fee	再診料		
3. Hospital sharges	入院費		
4. Medicines	投薬		
5. Injection	注射		
6. Treatment	処置		
7. Operation	手術		
8. Laboratory Tests	検査		
9. X-Ray Examinations	画像診断		
10. Others (Specify)	その他 (項目明記)		
Total	合計		

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 _____

Office Address _____

Phone _____

Date / /

Signature _____