

Form B

1. Please fill in this form so that the patient may claim 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記入し、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、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

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。

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	First	Title
	姓	名	称号

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

Date	:	Signature
日付		署名

翻訳（様式 B の続紙）

(12) その他(項目明記)

翻訳者の記入欄	
名前	Ⓔ
住所	
電話	