

1.This form is used for claiming the social insurance benefit.

この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

Form B  
様式 B

2.This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital /clinic.

この様式は担当医が書き、かつ署名してください。

3.One form for each ,one form for hospitalization / outpatient and home visit.  
各月毎、入院・入院外毎に付この様式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) Professional Nursing	職 業 看 護 婦 費	\$	
(9) X - Ray Examinations	X 線 検 査 費	\$	
(10) Laboratory Tests	諸 検 査 費	\$	
(11) Medicines	医 薬 費	\$	
(12) Surgical Dressing	包 帯 費	\$	
(13) Anaesthetics	麻 酔 費	\$	
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	\$	
(15) The Others(Specify)	その他 (特記せよ)	\$	\$
		\$	\$
(16) Total	合 計	\$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.

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 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 : Last First Title  
名前 姓 名

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

Date : Signature  
日付 署名

この明細書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文を添付してください。