

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

Date : _____ Signature 署名
日付

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.
この用紙は、患者の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 the hospital/clinic.
この用紙は、担当医師が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/out patient(home visit)should be filled out.
この用紙は、各月ごと、入院・入院外ごとに付き一枚必要です。
4. Separate receipt required for prescription.
薬材料等の別紙領収明細書には、処方箋の添付が必要です。
5. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の場合は、使用通貨を明記してください。