

Form B
様式 B

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。
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 month, One form for hospitalization / outpatient and home visit.
各月ごと、入院・入院外ごとに付きこの様式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	入院料	_____
(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

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓

First 名

Title

Address : Home 自宅

Office 病院又は診療所

Date 日付

Signature 署名