

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 the hospital/clinic.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form for hospitalization/ outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

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	職業看護師費	\$	
(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)	Anesthetics	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 : 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

■ 邦訳（様式B）

15. その他（項目明記）

	翻 訳 者 記 入 欄
名前	
住所	tel. 【給5】20211001