Requests to the Attending Physician or Hospital/Clinic Manager
担当医または病院事務長へのお願い

1. Please certify this form so the patient may claim National Health Insurance benefits in Japan.
   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 either the attending physician or hospital/clinic manager.
   この様式は担当医または病院の事務長が書き，かつ署名してください。
3. One form is needed for each and every inpatient or outpatient treatment visit.
   各月毎，入院，入院外毎に付き，この様式1枚が必要です。
4. Please specify the monetary unit used.
   ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。
5. If patient was provided meals while hospitalized, please write no. of times and cost on the "Others" line.
   入院時に食事を提供した場合は、回数と金額をその他欄に記載してください。

Form B
様式B

Itemized Receipt
領収明細書

(1)	First-time Visit Fee	初診料		
(2)	Follow-up Visit Fee	再診料		
(3)	Home Visit Fee	往診料		
(4)	Hospital Visit Fee	入院管理料		
(5)	Hospitalization	入院費		
(6)	Examination	診察費		
(7)	Operative Treatment	手術費		
(8)	Professional Nursing	職業看護婦費		
(9)	X-Ray Examination	X線検査費		
(10)	Laboratory Tests	諸検査費		
(11)	Medication	医薬費		
(12)	Surgical Dressing	包帯費		
(13)	Anesthetics	麻酔費		
(14)	Operating Room Charge	手術室費用		
(15)	Others (Please Specify)	その他（項目明記）		
		例）食事代（回数） Ex.) Meals (x times)		
(16)	Total	合計		Monetary Unit is: (貨幣単位)

Important: Exclude amounts irrelevant to treatment, such as Document Issuance Fees & Deluxe Room Charges.
注意：高級室料、書類発行料等治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and address of attending physician or hospital/clinic manager:
担当医または病院事務長の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所 Home 自宅 Phone No. 電話

Office 病院または診療所 Phone No. 電話

Date 日付 Signature 署名