

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 療 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