Form B

＊Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の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。
＊This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し，かつ署名してください。

Itemized receipt

領 収 明 細 書

【 Please fill in amount in local currency.　現地通貨で記入してください 】

(1) Fee for initial office visit	初診料	$	
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	$	
(3) Fee for home visit	往診療	$	
(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 : ＊Please include in appendix 1.
＊については(別紙1)も記入のこと
Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e , extra charge for a bed.
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 Medical Institution and Attending Physician (or Superintendent)

医療機関・担当医(または病院事務長)の名前および住所

Name of Medical Institution 医療機関名:

Address of Medical Institution 医療機関の住所:

Phone 電話

Name of Attending Physician(or Superintendent)　担当医(または病院事務長)名:
Last 姓　　First 名　　Title 称号

Home Address of Attending Physician(or Superintendent)　担当医(または病院事務長)自宅の住所:

Phone 電話

Date 日付:_____Signature 署名_____