

\* 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 \_\_\_\_\_