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。

1. This form should be completed and signed by the attending physician

この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。

1. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.

各月毎、入院、入院外毎に付きこの様式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　　　　　　 再診療

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 Professional Nursing　　　　　　　　　　職業看護婦費

⑨ X-Ray Examinations　　　　　　　　　　Ｘ線検査費

1. Laboratory Tests　　　　　　　　　　　　諸検査費
2. Medicines　　　　　　　　　　　　　　　医薬費
3. Surgical Dressing　　　　　　　　　　　　包帯費
4. Anaethetics　　　　　　　　　　　　　　　麻酔費
5. Operating Room Charge　　　　　　　　　手術室費用
6. The Others(Specify)　　　　　　　　　　　その他（特記せよ）
7. Total　　　　　　　　　　　　　　　　　　　合計

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 名前 Last姓 First名　　　　　　　　Title

Address住所 Ｈome 自宅 Phone

　　　　　Office 病院又は診療所 Phone

Date 日付 Signature　署名