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 the attending physician
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
⑩	Laboratory Tests	諸検査費
⑪	Medicines	医薬費
⑫	Surgical Dressing	包帯費
⑬	Anaethetics	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

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿