

(参考)

[様式：医第6号]

※医師に証明してもらう参考例

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Official Receipt and Itemized Receipt

領 収 書 兼 領 収 明 細 書

Form B

様式B

(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 察 費	\$	50.00
(7) Operation	手 術 費	\$	_____
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 婦 費	\$	_____
(9) X Ray Examinations	X 線 検 査 費	\$	15.00
(10) Laboratory Tests	諸 検 査 費	\$	6.00
(11) Medicines	医 薬 費	\$	7.75
(12) Surgical Dressing	包 帯 費	\$	_____
(13) Anaesthetics	麻 酔 費	\$	_____
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	\$	_____
(15) The Others (Specify)	そ の 他 (項目明記)	\$	_____ \$
		\$	_____ \$
		\$	_____ \$
(16) Total	合 計	\$	78.75

Unit is _____
貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e., payment for a luxurious room charge.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください。

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 名前 : Last 姓 **Young** First 名 **William** Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 **123 East 45th New York** Phone 電話 **291-1155**

Date 日付 **7/20/1999** ('99年 **7** 月 **20** 日) Signature 署名 **Young**

(注) 翻訳文は必ず具体的に記載してください。

[平成12年4月]

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Official Receipt and Itemized Receipt

領 収 書 兼 領 収 明 細 書

Form B

様式B

(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 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) Anaesthetics	麻 酔 費	\$			
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	\$			
(15) The Others (Specify)	そ の 他 (項目明記)	\$		\$	
		\$		\$	
		\$		\$	
(16) Total	合 計	\$		Unit is	

貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e., payment for a luxurious room charge.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください。

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 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ (年 月 日) Signature 署名 _____