

様式 13

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 This form is used for claiming the compensation benefit. この様式は補償給付の申請に使用されます。
- 2 This form should be completed and signed by the either attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
- 3 This form is required for each month, separately for hospitalization, outpatient care, and home visit.
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 currency unit used. ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

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	職業看護費	\$
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$
(11) Medication	医薬品	\$
(12) Anesthetics	麻酔費	\$
(13) Operating Room Charge	手術室費用	\$
(14) Other(Specify)	その他特記事項	\$
		\$
		\$
		\$
(15) Total	合計	\$ Unit is _____ 貨幣単価

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., extra charge for a bed.

注意：高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

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 : <u> Last 姓 </u> <u> First 名 </u> <u> Title 称号 </u> Office 病院又は診療所 : _____ Address of Office 病院又は診療所の住所 : _____ Date 日付 : _____ / _____ / _____ Signature 署名 : _____
