Form B

Itemized receipt (MEDICAL)
領 収 明 細 書 (医科)

1. This form is used for claiming the health insurance benefit.
   この様式は健康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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient.
   各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。
4. Fill in the insurance fee in your country currency. Ex ($, ₩, ¥…)
   あなたの国の通貨で、保険費用をお書きください。

1. Country【国名】_____ Currency【通貨単位】_____

	Items	項 目	Amount【金額】
(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)	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	その他	※ Please mention the details in the following blanks.
	Items	項 目	Amount【金額】
	Others total	その他合計	
(13)	Total	合計	

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

2. 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】_____

Title【称号】_____

Address【住所】Home : _____ Phone : _____

Office : _____ Phone : _____

Please fill in the back as well.

3. The medical service details【詳細が必要な項目】

（8）X-ray【X線】

Parts of the body examined by X-rays (e.g. hand, chest, etc.)【レントゲン撮影をした部位】

_____

No. of films【枚数】_____pieces

Cost【金額】_____

Check CT or MRI【CT又はMRIにチェック】 □CT , □MRI

Part of the body examined by CT or MRI (e.g. head, body trunk, etc.)

_____

Cost【金額】_____

Laboratory tests【検査】

Date of tests【検査日】	Kinds of examination【検査名】	Cost【金額】

（9）Expenditure of medicine【医療費】

Name and unit of dosage of medicine【薬品・単位】	Daily dosage【１日投与量】	Duration of Administration【投与日数】	Cost【金額】

（１２）Other expenditures which do not include from (1)the fee for the patient's first visit to (10)the anesthesiologist's fee and the fee for anesthetic drugs.

【その他(１)初診料～(１０)麻酔費までに含まれないもの】

Expense of materials, Expense of consumable goods【材料代、消耗品費等】	Cost【金額】

Date【記入日】_____

Signature of Attending Physician【担当医署名】 _____