Form B

① This form is used for claiming National Health Insurance payments.
この様式は、国民健康保険の給付の申請に使用されます。

② This form must be completed each month for hospitalization, out patient or home visits.
各月ごと、入院、入院外ごとに、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	再診料	$
（3）	Fee for home visit	往診料	$
（4）	Fee for hospital visit	入院管理費	$
（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(specify)その他（項目明記）		$
			$
			$
(13)	Total	合 計	$

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の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 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address : Home 自宅 Phone 電話
住 所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : Signature
日 付 署 名