

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health Insurance benefit.
この用紙は、患者の国民健康保険の給付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 the hospital / clinic.
この用紙は、担当医または病院の事務長が書き、かつ署名をしてください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient(home visit)should be filled out.
この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとに付き一枚必要です。
4. If not in dollars please specify the unit used.
ドル以外の通貨の場合は、その旨を書いてください。