

9. Itemized Amounts paid to Hospital and/ or Attending Physician : Fill in Form B.

項目別治療実費

様式Bに記入

10. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所: Home 自宅 _____ phone 電話 _____

Office 病院または診療所 _____ phone 電話 _____

Date 日付: _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 _____