

主治医师填写文件
担当医へのお願い

1. 本文件是患者申请健康保险时的必要证明文件,请您填写。
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. 这份文件需要主治医师填写,附带签名。
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. 本文件按照每月一次或者门诊,住院来划分,各需要填写此文件一份。
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

表格 B
様式 B

收 据 明 细
領 収 明 細 書

1. 初诊费用	初 診 料	_____
2. 再诊费用	再 診 料	_____
3. 医师上门出诊费用	往 診 料	_____
4. 住院费用	入 院 費	_____
5. 诊察费用	診 察 費	_____
6. 手术费用	手 術 費	_____
7. 护士看护费用	職 業 看 護 師 費	_____
8. X线检查费用	X 線 檢 査 費	_____
9. 检查费	諸 檢 査 費	_____
*検査内容を記入		
*请详细填写各项检查信息		
10. 医药费用	医 薬 費	_____
*薬品名・投与量を記入		
*请填写每种药物的名称和剂量		
11. 治疗费用	処 置 費	_____
12. 绷带费用	包 帯 費	_____
13. 麻醉费用	麻 酔 費	_____
14. 手术费用	手 術 室 費 用	_____
15. 其他(请特殊说明)	そ の 他 (特 記 せ よ)	_____
16. 总费用	合 計	_____
		货币单位
		通貨単位

注意:请排除私人豪华病房、或者和诊疗没有直接关联的费用项目。

注意: 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

主治医师信息栏 担当医情報欄

医疗机关名称:(医療機関名)

地址:(住所)

主治医师姓名:(担当医名)

主治医师职称:(称号)

签名:(署名)

电话:(電話)

表格填写日期:(作成年月日)

様式 B 邦訳

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬の名称、量)

15. 特記事項

翻訳者

住所

氏名

電話