

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	*検査内容を記入 諸 検 査 費	
*请填写各项检查信息		
10. 医药费用	*薬品名・投与量を記入 医 薬 費	
*请填写每种药物的名称和剂量		
11. 治疗费用	処 置 費	
12. 绷带費用	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)	

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

印

電話