

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (PRESTADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE)

医師(療養担当者)記入用

Solicitação ao Médico Responsável
担当医へのお願い

- Favor preencher este formulário para que o paciente possa solicitar os benefícios do seguro de saúde.
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。
- Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- Deve ser preenchido um formulário para cada mês e um para internação, ambulatório, etc.
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。

Formulário B
様式 B

Recibo Detalhado de Despesas Médicas
領 収 明 細 書

1. Primeira Consulta	初 診 料	
2. Consulta de Retorno	再 診 料	
3. Visita Domiciliária	往 診 料	
4. Internação	入 院 費	
5. Consulta	診 察 費	
6. Cirurgia	手 術 費	
7. Taxa de Enfermagem	職 業 看 護 師 費	
8. Exames de Raio X	X 線 検 査 費	
9. Exames Feitos	諸 検 査 費	
*Forneça detalhes abaixo		
10. Medicamentos	医 薬 費	
*Forneça o nome e dosagem de Medicamentos		
11. Tratamentos / Procedimento	処 置 費	
12. Curativo Cirúrgico	包 帯 費	
13. Anestesia	麻 酔 費	
14. Cobrança de Sala de Operação	手 術 室 費 用	
15. Outros (Especifique)	そ の 他 (特 記 せ よ)	
16. Total	合 計	

Unidade Monetária

通貨単位

IMPORTANTE : Exclua os custos não relacionados diretamente ao tratamento, como a taxa de quarto privado ou luxo, etc.

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。

INFORMAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL 担当医情報欄

Nome da Instituição Médica: (医療機関名)

Endereço: (住所)

Nome do Médico Responsável: (担当医名)

Título: (称号)

Assinatura: (署名)

Telefone: (電話)

Data de Emissão: (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