

Solicitud al médico tratante

担当医へのお願い

- Favor de llenar este formulario para que el paciente pueda reclamar los beneficios del seguro médico.
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 formulario debe ser completado y firmado por el médico tratante.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- Se debe completar el formulario para cada mes, cada hospitalización o ambulatorio.
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。

Formulario B
様式 B

Recibo detallado
領 収 明 細 書

1. Visita inicial al consultorio	初 診 料	
2. Visita de seguimiento al consultorio	再 診 料	
3. Consulta a domicilio	往 診 料	
4. Hospitalización	入 院 費	
5. Consulta	診 察 費	
6. Operación	手 術 費	
7. Costo de enfermería	職 業 看 護 師 費	
8. Examen de rayos X (radiografía)	X 線 検 査 費	
9. Pruebas realizadas *検査内容を記入	諸 検 査 費	
* Proporcione los detalles a continuación		
10. Medicinas *薬品名・投与量を記入	医 薬 費	
* Indique el nombre y la dosis de cada medicamento		
11. Tratamientos	処 置 費	
12. Apósitos quirúrgicos	包 帯 費	
13. Anestésicos	麻 酔 費	
14. Sala de operaciones	手 術 室 費 用	
15. Otros (Favor de especificar)	そ の 他 (特 記 せ よ)	
16. Total	合 計	
		Unidad monetaria
		通貨単位

IMPORTANTE: Excluya los costos irrelevantes del tratamiento como el cargo por habitación de lujo.

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。

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE 担当医情報欄

Nombre de la institución médica: (医療機関名)

Dirección: (住所)

Nombre del médico tratante: (担当医名)

Título: (称号)

Firma: (署名)

Teléfono: (電話)

Fecha de creación: (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