

診療内容明細書(日本語訳)

1 患者名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日(才)
 性別: 男 ・ 女

2 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(裏面参照)

3 初診日: _____ 年 月 日

4 診療日数: _____ 日

5 治療の分類

入院: _____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで(日間)
入院外 _____ 年 月 日 _____ 年 月 日
 _____ 年 月 日 _____ 年 月 日

6 症状の概要

7 処方、手術その他の処置の概要

8 治療は事故の傷害によるものですか。 はい ・ いいえ

9 治療実費(様式B参照)

10 担当医の名前及び住所

名前: 姓: _____ 名: _____ 称号: _____
 住所: 自宅: _____
 電話 _____
 病院または診療所: _____
 電話 _____

日付: _____ 年 月 日

署名: _____

診療録の番号: _____

1	初診料	\$		
2	再診料	\$		
3	往診療	\$		
4	入院管理費	\$		
5	入院費	\$		
6	診察費	\$		
7	手術費	\$		
8	X線検査費	\$		
9	医薬費	\$		
10	麻酔費	\$		
11	手術室費用	\$		
12	その他	\$	(費) \$	(費)
13	合計	\$		

※ 注意:高級室料及び食事代等の治療に直接関係のないものは除いてください。

担当医又は病院事務長の名前及び住所

名前: 姓 _____ 名 _____ 称号 _____

住所: 自宅: _____

電話 _____

病院又は診療所: _____

電話 _____

日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名: _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日本語訳者: 氏名: _____ 印

住所: _____

連絡先: _____

◇必要なもの◇

診療内容明細書(FormA)・領収明細書(FormB)・日本語訳文・被保険者証・世帯主の印鑑(朱肉の使えるもの)・世帯主の口座(郵便局以外)

*診療内容明細書、領収書については、原本がある場合は添付