

向主治醫生提出的請求 (担当医へのお願い)

1. 這是患者申請健康保險報銷時所需要的資料，請填寫證明。
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要なので、証明をお願いします。
2. 請主治醫生填寫并署名。
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. 每個月，每次住院/每次門診就醫，都需要此表格各一份。
各月毎、また入院・入院外(外来)毎につき、この様式1枚が必要です。

格式 B
様式 B

收 據 明 細 單
領 収 明 細 書

貨幣單位	(通貨單位)	
(1) 初診費	初診料	
(2) 復診費	再診料	
(3) 出診費	往診料	
(4) 住院管理費	入院管理料	
(5) 住院費	入院費	
(6) 門診診察費	診療費	
(7) 手術費	手術費	
(8) 檢查費	検査費	
(9) 醫藥費	医薬費	
(10) 麻醉費	麻醉費	
(11) 手術室費用	手術室費用	
(12) 其他(項目明確記載)	その他(項目明記)	
(13) 合計	合 計	

注 意 : 高級病房費用等與治療無關的東西請除外。
注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

主治醫生或醫院事務長的姓名及地址
担当医又は病院事務長の名前及び住所

姓名(名前): 姓(姓) _____ 名(名) _____ 稱號(称号) _____

地址(住所) : 醫院或診療所 _____ 電話 _____
(病院又は診療所) _____ (電話) _____

日期 日付 : _____ / _____ / _____ 署名(署名) _____

主治醫生(担当医)

病歷號碼 診療記錄の番号 _____