

**向主治医生提出的请求 (担当医へのお願い)**

1. 这是患者申请健康保险报销时所需要的资料，请填写证明。  
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. 请主治医生填写并署名。  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. 每个月、每次住院/每次门诊就医，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

收据明细单

様式 B

領収明細書

货币单位	(通貨単位)	
(1) 初诊费	初診料	
(2) 复诊费	再診料	
(3) 出诊费	往診料	
(4) 住院管理费	入院管理料	
(5) 住院费	入院費	
(6) 门诊诊察费	診療費	
(7) 手术费	手術費	
(8) 检查费	検査費	
(9) 医药费	医薬費	
(10) 麻醉费	麻酔費	
(11) 手术室费用	手術室費用	
(12) 其他(项目明确记载)	その他(項目明記)	
(13) 合计	合計	

注 意 : 高级病房费用等与治疗无关的东西请除外。

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。

主治医生或医院事务长的姓名及地址

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) \_\_\_\_\_ 称号(称号) \_\_\_\_\_

地址(住所):医院或诊疗所 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_  
(病院又は診療所) \_\_\_\_\_ (電話) \_\_\_\_\_

日期 日付 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 署名(署名) \_\_\_\_\_

主治医生(担当医)

病历号码 診療記録の番号 \_\_\_\_\_