의사 (요양 담당자) 기입용

医師(療養担当者)記入用

담당의 요청사항

担当医へのお願い

1. 이 양식은 환자의 건강보험 급여신청에 필요하기 때문에 증명을 부탁드립니다.
   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。
2. 이 양식은 담당의가 기입을 하고 서명을 해주십시오.
   この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. 매 월별, 또는 입원, 입원 외 마다 이 양식 1 장이 필요합니다.
   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。

양식 B
様式 B

영 수 명 세 서
領 収 明 細 書

1. 초진료	初　診　料	
2. 재진료	再　診　料	
3. 왕진료	往　診　料	
4. 입원비	入　院　費	
5. 진찰비	診　察　費	
6. 수술비	手　術　費	
7. 간호사비	職業看護師費	
8. X-Ray 검사비	X 線検査費	
9. 검사비 *検査内容を記入 *아래에 상세 내용을 기입해 주십시오	諸　検　査　費	
10. 투약료 *薬品名･投与量を記入 *각 약품명과 투여양을 기입해 주십시오	医　薬　費	
11. 처치료	処　置　費	
12. 드레싱비	包　帯　費	
13. 마취료	麻　酔　費	
14. 수술실비용	手術室費用	
15. 기타 (구체적으로 명시해 주십시오)	その他(特記せよ)	
16. 합계	合　計	

통화 단위

通貨単位

주의 : 특실료 등 치료와 직접적인 관계가 없는 것은 제외해 주십시오.

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。

담당의 정보란 担当医情報欄

의료기관명:(医療機関名)

주소:(住所)

담당의 성명 :(担当医名)　　직위:(称号)

서명:(署名)　　전화:(電話)

작성 년월일:(作成年月日)　　.　　.

様式 B　　邦訳

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　　㊞

電話