

DÀNH CHO BÁC SĨ (NGƯỜI PHỤ TRÁCH ĐIỀU TRỊ) ĐIỀN

Đề nghị bác sĩ điều trị  
担当医へのお願い

医師(療養担当者)記入用

- Vui lòng điền vào biểu mẫu này để bệnh nhân có thể yêu cầu quyền lợi bảo hiểm y tế.  
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。
- Bác sĩ điều trị cần điền và ký vào biểu mẫu này.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- Cần điền biểu mẫu cho mỗi tháng và cho mỗi lần nhập viện khám/khám ngoài viện (khám tại nhà)  
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。

Biểu mẫu B  
様式 B

Bảng kê biên lai  
領収明細書

1. Tiền khám lần đầu		初診料	_____
2. Tiền tái khám		再診料	_____
3. Tiền khám tại nhà		往診料	_____
4. Tiền nhập viện khám		入院費	_____
5. Tiền tư vấn		診察費	_____
6. Tiền phẫu thuật		手術費	_____
7. Phí y tá điều dưỡng		職業看護師費	_____
8. Phí kiểm tra chụp X-quang		X線検査費	_____
9. Phí các xét nghiệm đã thực hiện *検査内容を記入 * Vui lòng ghi nội dung các xét nghiệm		諸検査費	_____
_____			_____
_____			_____
_____			_____
10. Chi phí thuốc men *薬品名・投与量を記入 * Vui lòng ghi tên và liều dùng của từng loại thuốc		医薬費	_____
_____			_____
_____			_____
_____			_____
11. Phí điều trị/Thủ tục		処置費	_____
12. Chi phí băng gạc		包帯費	_____
13. Chi phí thuốc gây mê		麻酔費	_____
14. Chi phí phòng phẫu thuật		手術室費用	_____
15. Chi phí khác (Vui lòng ghi rõ)		その他(特記せよ)	_____
_____			_____
_____			_____
16. Tổng cộng		合計	_____

Đơn vị tiền tệ  
通貨単位

Lưu ý: Không bao gồm tất cả các chi phí không liên quan đến việc điều trị, ví dụ như thanh toán cho phòng riêng/phòng cao cấp.

注意： 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

THÔNG TIN BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ 担当医情報欄

Tên cơ sở y tế:(医療機関名)

Địa chỉ:(住所)

Tên bác sĩ:(担当医名)

Chức danh:(称号)

Chữ ký:(署名)

Điện thoại:(電話)

Ngày điền:(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)

---

---

---

---

---

17. 特記事項

---

---

---

---

---

翻訳者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_