

## A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (PRESTADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE)

医師(療養担当者)記入用

Solicitação ao Médico Responsável  
担当医へのお願い

- Favor preencher este formulário para que o paciente possa solicitar os benefícios do seguro de saúde.  
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。
- Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- Deve ser preenchido um formulário para cada mês e um para internação, ambulatório, etc.  
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。

Formulário B  
様式 BRecibo Detalhado de Despesas Médicas  
領収明細書

1. Primeira Consulta	初診料	_____
2. Consulta de Retorno	再診料	_____
3. Visita Domiciliária	往診料	_____
4. Internação	入院費	_____
5. Consulta	診察費	_____
6. Cirurgia	手術費	_____
7. Taxa de Enfermagem	職業看護師費	_____
8. Exames de Raio X	X線検査費	_____
9. Exames Feitos *Forneça detalhes abaixo	*検査内容を記入 諸検査費	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
10. Medicamentos *Forneça o nome e dosagem de Medicamentos	*薬品名・投与量を記入 医薬費	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
11. Tratamentos / Procedimento	処置費	_____
12. Curativo Cirúrgico	包帯費	_____
13. Anestesia	麻酔費	_____
14. Cobrança de Sala de Operação	手術室費用	_____
15. Outros (Especifique)	その他(特記せよ)	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
16. Total	合計	_____

Unidade Monetária

通貨単位

IMPORTANTE : Exclua os custos não relacionados diretamente ao tratamento, como a taxa de quarto privado ou luxo, etc.

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。

## INFORMAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL 担当医情報欄

Nome da Instituição Médica: (医療機関名)

Endereço: (住所)

Nome do Médico Responsável: (担当医名)

Título: (称号)

Assinatura: (署名)

Telefone: (電話)

Data de Emissão: (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

印

電話