

## Solicitud al médico tratante

担当医へのお願い

- Favor de llenar este formulario para que el paciente pueda reclamar los beneficios del seguro médico.  
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 formulario debe ser completado y firmado por el médico tratante.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- Se debe completar el formulario para cada mes, cada hospitalización o ambulatorio.  
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。

Formulario B  
様式 BRecibo detallado  
領収明細書

|   |                 |  |
|---|-----------------|--|
| 1. Visita inicial al consultorio  | 初 診 料           |  |
| 2. Visita de seguimiento al consultorio   | 再 診 料           |  |
| 3. Consulta a domicilio   | 往 診 料           |  |
| 4. Hospitalización  | 入 院 費           |  |
| 5. Consulta   | 診 察 費           |  |
| 6. Operación  | 手 術 費           |  |
| 7. Costo de enfermería  | 職 業 看 護 師 費     |  |
| 8. Examen de rayos X (radiografía)  | X 線 検 査 費       |  |
| 9. Pruebas realizadas *検査内容を記入<br>* Proporcione los detalles a continuación     | 諸 検 査 費         |  |
| <hr/>   |                 |  |
| <hr/>   |                 |  |
| <hr/>   |                 |  |
| 10. Medicinas *薬品名・投与量を記入<br>* Indique el nombre y la dosis de cada medicamento | 医 薬 費           |  |
| <hr/>   |                 |  |
| <hr/>   |                 |  |
| <hr/>   |                 |  |
| 11. Tratamientos  | 処 置 費           |  |
| 12. Apósitos quirúrgicos  | 包 帯 費           |  |
| 13. Anestésicos   | 麻 酔 費           |  |
| 14. Sala de operaciones   | 手 術 室 費 用       |  |
| 15. Otros (Favor de especificar)  | そ の 他 (特 記 せ よ) |  |
| <hr/>   |                 |  |
| <hr/>   |                 |  |
| 16. Total   | 合 計             |  |

Unidad monetaria

通貨単位

IMPORTANTE: Excluya los costos irrelevantes del tratamiento como el cargo por habitación de lujo.

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。

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE 担当医情報欄

Nombre de la institución médica: (医療機関名)

Dirección: (住所)

Nombre del médico tratante: (担当医名)

Título: (称号)

Firma: (署名)

Teléfono: (電話)

Fecha de creación: (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