

ต้องกรอกโดยแพทย์ (ผู้ให้บริการด้านการดูแลรักษาสุขภาพ)

คำร้องขอสำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา
担当医へのお願い

医師(療養担当者)記入用

1. กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขอรับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพได้
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. แบบฟอร์มนี้ต้องกรอกและลงนามโดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. ควรกรอกแบบฟอร์ม 1 ใบสำหรับแต่ละเดือน และแต่ละครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล / การเยี่ยมผู้ป่วยนอก (การเยี่ยมบ้าน)
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。

แบบฟอร์ม B
様式 B

ใบเสร็จรับเงินแยกรายการ

領収明細書

- | | | |
|---|--------------------|-------|
| 1. การมาตรวจที่สถานพยาบาลครั้งแรก | 初診料 | _____ |
| 2. การมาตรวจที่สถานพยาบาลเพื่อติดตามผล | 再診料 | _____ |
| 3. การเยี่ยมบ้าน | 往診料 | _____ |
| 4. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | 入院費 | _____ |
| 5. การให้คำปรึกษา | 診察費 | _____ |
| 6. การผ่าตัด | 手術費 | _____ |
| 7. ค่าพยาบาล | 職業看護師費 | _____ |
| 8. การตรวจเอกซเรย์ | X線検査費 | _____ |
| 9. การตรวจที่ดำเนินการ
*กรณารับรายละเอียดที่ด้านล่าง | *検査内容を記入
諸検査費 | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| 10. ยา
*กรณารับชื่อและขนาดยาแต่ละชนิด | *薬品名・投与量を記入
医薬費 | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| 11. การรักษา / กระบวนการรักษา | 処置費 | _____ |
| 12. การทำแผล | 包帯費 | _____ |
| 13. ยาชา / ยาสลบ | 麻酔費 | _____ |
| 14. ค่าห้องผ่าตัด | 手術室費用 | _____ |
| 15. อื่น ๆ (โปรดระบุ) | その他(特記せよ) | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| 16. รวมทั้งสิ้น | 合計 | _____ |

หน่วยสกุลเงิน
通貨単位

โปรดระวัง : ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ค่าห้องส่วนตัว / ห้องพิเศษ ฯลฯ

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。

ข้อมูลของแพทย์ผู้ตรวจรักษา 担当医情報欄

ชื่อสถานประกอบการแพทย์ : (医療機関名)

ที่อยู่ : (住所)

ชื่อแพทย์ : (担当医名)

ตำแหน่ง : (称号)

ลายมือชื่อ : (署名)

โทรศัพท์ : (電話)

วันที่กรอก : (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