様式 A（日本語訳用紙）　　診 療 内 容 明 細 書

翻訳者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。
2. この様式は翻訳者が記入し、かつ署名してください。
3. 各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式１枚が必要です。

1.　患者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
年齢（生年月日）　年齢：　　（日：　　月：　　年：　　）
性別　男 ・ 女

2.　傷病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
国民健康保険用国際疾病分類番号（別紙参照）　＿＿＿＿

3.　初診日　日：　　月：　　年：

4.　診療日数　　日
医療機関を受診した日に印をつけてください。
日付：1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　11　12　13　14　15
16　17　18　19　20　21　22　23　24　25　26　27　28　29　30　31
月：　　年：

5.　治療の分類　入院 ／ 入院外

6.　症状の概要
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

7.　処方、手術その他の処置の概要
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

8.　第三者行為の有無　Yes ・ No

9.　治療実費　※　詳しくは様式Ｂ又は様式Ｃにご記載ください。

10.　担当医の名前及び住所
名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
称号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
住所　自宅：　　電話：
会社：　　電話：

記入日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当医氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
診療録の番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式 B（日本語訳用紙）　　領 収 明 細 書（医科）

翻訳者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。
2. この様式は翻訳者が記入し、かつ署名してください。
3. 各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。
4. 診療を受けた国の通貨で、保険費用をお書きください。

1.　国名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　通貨単位 ＿＿＿＿＿＿＿＿

	Items	項　目	金額
（1）	Fee for initial office visit	初診料	
（2）	Fee for follow-up office visit	再診料	
（3）	Fee for home visit	往診料	
（4）	Fee for hospital visit	入院管理料	
（5）	Hospitalization	入院費	
（6）	Consultation	診察費	
（7）	Operation	手術費	
（8）	X-ray examination	X線検査費	
（9）	Medication	医薬費	
（１０）	Anesthetics	麻酔費	
（１１）	Operating room charge	手術室費用	
（１２）	Others	その他	※ 以下に詳細を記載してください。
	Items	項　目	金額
	Others total	その他合計	
（１３）	Total	合計	

※　高級室料等の治療に直接関係のないものは除いて下さい。

2.　担当医又は病院事務長の名前及び住所

名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

称号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　自宅：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

会社：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

裏面もご記入ください。

3.　詳細が必要な項目

（8）X線

レントゲン撮影をした部位（例　手、胸など ）

_____

枚数 _____枚

金額 _____

CT 又はMRI にチェック　□CT ，□MRI

CT 又はMRI をした部位（例　頭部、躯幹など）

_____

金額 _____

検査

検査日	検査名	金額

（9）医療費

薬品・単位	１日投与量	投与日数	金額

（１２）その他（1）初診料～（１０）麻酔費までに含まれないもの

材料代、消耗品費等	金額

記入日 _____

担当医氏名_____

様式 C(日本語訳用紙)　　領 収 明 細 書（歯科）

翻訳者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。
2. この様式は翻訳者が記入し、かつ署名してください。
3. 各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。
4. 診療を受けた国の通貨で、保険費用をお書きください。

1.　国名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　通貨単位 ＿＿＿＿＿＿＿＿

	Items	項　目	Amount【金額】
（1）	Fee for initial office visit	初診料	
（2）	X-ray examination	X線検査費	
（3）	Pulpectomy	抜髄	
（4）	Extraction	抜歯	
（5）	Filling	充填	
（6）	Inlay	インレー	
（7）	Metal Crown	金属冠	
（8）	Post Crown	継続歯	
（9）	Jacket Crown	ジャケット冠	
（１０）	Bridge	ブリッジ	
（１１）	Plate Denture ・Partial Denture ・Complete Denture	有床義歯 ・局部義歯 ・総義歯	
（１２）	Treatment of Pyorrhea Alveolaris	歯槽膿漏処置	
（１３）	Medication	投薬	
（１４）	Others	その他	※ 以下に詳細を記載してください。
	Items	項　目	Amount【金額】
	Others total	その他合計	
（１５）	Total	合計	

※　薬材料は別に処方箋を添付のこと。

2.　担当医又は病院事務長の名前及び住所

名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

称号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　自宅：　　電話：

会社：　　電話：

裏面もご記入ください。

3.　部位

永久歯

右	８	７	６	５	４	３	２	１	１	２	３	４	５	６	７	８	左
	８	７	６	５	４	３	２	１	１	２	３	４	５	６	７	８	

乳歯

右	Ⅴ	Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	左
	Ⅴ	Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	

4.　症状

・虫歯　(C)
・欠歯　(F)
・口内炎　(G)
・歯槽膿漏　(P)
・要抜歯　(Z)

記入日 _____

担当医氏名 _____