

1 本表格应请主治医生或医院办公室主任填写并签名。

1. 이 양식은 담당 의사 또는 병원 사무장이 기입하고 서명하십시오.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名してください。

2 即便是同一家医院,住院和非住院也需分开填写。医科和牙科也请分开填写。

2. 같은 병원이라도 입원과 입원 외는 별도로 기입하십시오. 또한, 의과와 치과도 별도로 기입하십시오.
一つの病院でも入院と入院外は別に記入してください。また、医科と歯科も別に記入してください。

收据明细单 영수 명세서 領収明細書

支付金額 (지불 금액) (支払金額)		
非住院 (입원 외) (入院外)		
住院 (입원) (入院)		
月(월)(月) []		
(1) 初诊费	초진료	初診料
(2) 复诊费	재진료	再診料
(3) 出诊费	왕진료	往診料
(4) 住院管理费	입원관리료	入院管理料
(5) 住院费	입원비	入院費
(6) 诊疗费	진찰비	診察費
(7) 手术费	수술비	手術費
(8) X线检查费	X레이 검사비	X線検査費
(9) 各项检查费	제반 검사비	諸検査費
(10) 药费	의약비	医薬費
(11) 麻醉费	마취비	麻酔費
(12) 手术室费	수술실비	手術室費
(13) 其他(特别注明)	기타(특기)	その他(特記) _____
其他(特别注明)	기타(특기)	その他(特記) _____
(14) 合计	합계	合計
货币单位	화폐단위	通貨単位

注意: 请去除住院时的房间费(差额床位费)等与治疗无直接关系的费用。

주의: 입원 시의 병실비(차액 침대비) 등 치료와 직접적 관련이 없는 것은 제외하십시오.

注意: 入院したときの室料(差額ベッド代)等、治療に直接関係ないものは除いてください。

主治医生或医院办公室主任的姓名及地址 담당 의사 또는 병원 사무장의 이름과 주소

担当医または病院事務室長の名前及び住所

姓名 이름 姓 성 _____ 名 명 _____ 职称 직위 _____
名前 姓 名 称号

医院或诊疗所名称 병원 또는 진료소 명칭 _____
病院または診療所名

地址 주소 住所 _____

电话 전화 電話 _____

日期 날짜 日付 _____

签名 서명 署名 _____

*1 本表格需与「表格 A」(治疗内容明细单)成套使用。

*1 이 양식은 「양식 A」(진료 내용 명세서)와 함께 사용하십시오.
本様式は、「様式 A」(診療内容明細書)とセットで使用してください。

2 给付额将根据表格 A、B 的内容按照国内「国民健康保险」的适用例计算,可能会比您已支付的数额少很多。

2 급여액은 양식 A, B의 내용을 근거로 국내에서의 「국민건강보험」 적용 사례에 따라 계산되므로 실제 비용에 크게 못미치는 경우가 있습니다.
給付額は、様式A、Bの内容を基に、国内での「国民健康保険」適用例により算定されますので、大きく下回ることがあります。