

表格 A 양식 A
様式 A

(一家医院每个月使用一张本表格)
(이 용지는 한 병원에서 한달마다 한장씩 사용할 것)
(本用紙は一つの病院で1か月ごとに1枚を使用すること)

1 本表格用于申请给付国民健康保险。

1. 이 양식은 국민건강보험의 급여 신청을 위해 사용됩니다.
この様式は国民健康保険の給付の申請に使用されます。

2 本表格应请主治医生填写并签名。

2. 이 양식은 담당 의사가 기입하고 서명하십시오.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。

3 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。

3. 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。

治疗内容明细单 진료 내용 명세서 診療内容明細書

1. 患者姓名 환자명 _____ 年龄(出生日期) 연령(생년월일) _____ 性别(男·女) 성별(남·여) _____
患者名 _____ 年龄(生年月日) _____ 性别(男·女) _____

2 伤病名称 부상·병명 _____
傷病名 _____

3 初诊日 초진일 _____
初診日 _____

4 诊疗天数 진료일수 _____ 天 일수 _____
診療日數 _____

5 治疗分类 치료의 분류 _____
治療の分類 _____

住院 입원
入院

请在接受过治疗的日期上盖章。 치료를 받으신 날짜에 표시를 하십시오.

非住院 입원 외 _____
入院外 _____

月	월	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	天	일수
()		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	/	(日數)	

6 症状概况 증상의 개요 _____
症状の概要 _____

7 处方、手术等治疗概况 처방, 수술 기타 조치의 개요 _____
処方、手術その他の処置の概要 _____

8 治疗的是事故造成的伤害吗? 치료는 사고로 인한 부상에 대한 것입니까?
治療は事故の傷害によるものですか。

是 예 否 아니오
はい いいえ

9 治疗费 치료 실비 表格 B 양식 B
治療実費 様式 B

10 主治医生的姓名及地址 담당자의 이름과 주소
担当医の名前及び住所

姓名 이름 名前 姓 성 姓 _____ 名 명 名 _____

医院或诊疗所名称 (병원 또는 진료소 명칭) (病院又は診療所名)

地址 주소 住所 _____

电话 전화 電話 _____

日期 날짜 日付 _____

签字(主治医生) 서명(담당 의사) 署名 _____

诊疗卡编号 진료기록 번호 診療録の番号 _____

* 本表格需与「表格 B」(收据明细单) 成套使用。 * 이 양식은 「양식 B」(영수명세서)와 함께 사용하십시오.
本様式は、「様式 B」(領収明細書)とセットで使用してください。

表格 B 양식 B
 様式 B

(一家医院每个月使用一张本表格)
 (이 용지는 한 병원에서 한달마다 한장씩 사용할 것)
 (本用紙は一つの病院で1か月ごとに1枚を使用すること)

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：请去除住院时的住宿费(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。