

保険証記号・番号		事業所名称	
被保険者氏名		受診者名	
受診した日 (日間)	_____月 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		

診 療 内 容 明 細 書 の 翻 訳

傷病名

症状の概要

処方、手術 その他の処置の概要

その他

翻訳者

令和 年 月 日

住所

氏名

電話

受 付 印

受 付 印