

Form A

海外療養費支給申請書の《診療内容明細書》翻訳文

1 患者名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

2 傷病名： \_\_\_\_\_

3～5 省略

6 症状の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7 処方、手術その他の処理の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8～10 省略

〈翻訳者〉

所在地： \_\_\_\_\_

名 称： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_