

(別紙1)

診療内容補足説明書

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 )  
枚数・金額 \_\_\_\_\_ 枚 \_\_\_\_\_ (額)

CT または MRI (どちらかに○)

部位・金額 頭部・躯幹・( ) \_\_\_\_\_ (額)

検査日・検査名・金額

検査日	検査名	金額

(9) 医薬費

薬名・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

☆ 受けた医療行為についてはすべて記入してください。(記入できない場合は、コピーして使用してください)

☆ 金額(額)は現地通貨の額で記入してください。