

## 担当医へのお願い

- Form A  
様 式 A

## 診療内容明細書

- オ リ ジ ン 健 康 保 険 組 合

■邦訳（A）

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

	翻 訳 者 記 入 欄
名 前	印
住 所	電話_____