

RECEIPT (DENTAL)

領収明細書(歯科)

Request to Attending physician 担当医へお願い	
<p>1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit. この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。</p> <p>2. This form should be completed and signed by the attending physician. この様式は担当医が記入し、署名してください。</p> <p>3. One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。</p> <p>Separate receipt required for prescriptions. 薬材料は別に処方箋を添付のこと。</p>	
Permanent (疾病の名称および部位)	Baby teeth (乳歯)
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	V IV III II I I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	V IV III II I I II III IV V
Identify examined teeth: (該当する部位を○で囲み病名をつける)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ Cavity (C) (虫歯) ・ missing teeth (F) (欠歯) ・ stomatitis (G) (口内炎) ・ Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏) ・ extraction needed (Z) (要抜歯) 	
Date of First Diagnosis (初診日) _____	Currency paid (支払通貨)
Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ day (日間)	
Office Visit Fees (診断料) _____	
Examination Fees (検査料) _____	
X-Ray Fee (レントゲン) _____	
Other (その他) _____	_____
Services (治療した歯の部位と治療の種類)	
Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)	
・ Filling (充てん)	
・ Inlaying (インレー又はアンレー)	
・ Capping (metal) (金属冠)	
・ Jacket capping (ジャケット冠)	
・ Capping connected (歯冠継続歯)	
Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)	
・ Bridge (ブリッジ)	
・ Partial artificial teeth (局部義歯)	
・ Total artificial teeth (総義歯)	
Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)	Total (計)
Signature of Doctor (担当医署名)	
Date (日付)	