

RECEIPT (DENTAL) 領収明細書(歯科)

Requests to the Attending Physician 担当医へのお願い											
<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. 毎月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。</p> <p>4. Separate receipt required for prescriptions. 薬材料は別に処方箋を添付のこと。</p>											
Permanent Teeth (疾病の名称および部位)	Baby teeth (乳歯)										
<table border="0"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">R 8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8 L</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	R 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 L	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<table border="0"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">R _____</td> <td style="padding: 5px;">II</td> <td style="padding: 5px;">L</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">I</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	R _____	II	L		I	
R 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 L										
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8										
R _____	II	L									
	I										
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) • Pyorrhea alveolaris (P) (歯槽膿漏) • extraction needed (Z) (要抜歯) 											
Date of First Diagnosis (初診日) _____ Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ days(日間) Office Visit Fees (診断料) _____ Examination Fees (検査料) _____ X-Ray Fees (レントゲン) _____ Other (その他) _____	Currency Paid (支払通貨) _____										
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 (インレーまたはアンレー)											
• 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) _____											