

RECEIPT (DENTAL)

領収明細書(歯科)

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital or Clinic
 担当医又は病院の事務長へお願い

Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.
 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。

This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.

この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名をしてください

One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.
 各月ごと、入院・入院外ごとに、1枚ずつ必要です。

Separate receipt required for prescriptions.

薬材料は別に処方箋を添付のこと。

Permanent (疾病の名称および部位)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Baby teeth (乳歯)

V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
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)

- 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)

_____ D/ _____ M/ _____ Y

Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数)

_____ day (日間)

Currency paid
(支払通貨)

Office Visit Fees (診察料)

Examination Fee (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 (充填)

Inlaying (インレー又はアンレー)

Capping (metal) (金属冠)

Jaket capping (ジャケット冠)

Capping connected (歯冠継続歯)

Chepped 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 Attending Physician

Total (合計)

Name :

Title :

(名前)

(称号)

Address :

phone :

(所在地)

(電話)

Date

D/

M/

Y

Signature

(日付)

(署名)