

RESEIPT(DENTAL)

領収明細書(歯科)

Request to Attending physician 担当医へのお願い 注意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。 2.This form should be completed and signed by the attending physician この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。 3.One form for each month and one for hospitalization/outpatient(home visit)should be fillde put 各月毎、入院、入院外等に付この様式1枚が必要です。 Separate receipt required for prescriptions. (薬剤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 I V I I I I I I I I I I I I I V I V I I I I I I I I I I I I I	
Identify examined teeth : (該当する部位を○でかこみ病名をつける) Cavity(C) (むし歯) 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) _____	Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) (診断料) *⑫と同じ日数 _____ days (日間)	Office Visit Fees (診療料) _____	Currency paid (支払通貨) _____
Examination Fees (検査料) _____	X-Ray Fee (レントゲン) _____	Other (その他) _____	_____
Servises (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、白金を使用した時は特記して下さい。)			
•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) _____			_____