RECEIPT (DENTAL)
領収明細書(歯科)

Request to Attending physician
担当医へお願い

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記入し、署名してください。
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。
   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）

８７６５４３２１	１２３４５６７８
８７６５４３２１	１２３４５６７８

Baby teeth（乳歯）

ⅤⅣⅢⅡⅠ	ⅠⅡⅢⅣⅤ
ⅤⅣⅢⅡⅠ	ⅠⅡⅢⅣⅤ

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）＿＿＿＿＿＿	**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）＿＿＿＿＿＿	

翻訳　（様式Ｂの続紙：歯科）

その他

	翻　訳　者　の　記　入　欄
名前	
住所	電話