

Name of patient (Last,First)
患者名
<input type="checkbox"/> Hospitalization (入院)
from / / to / /
<input type="checkbox"/> Out patient or home visit(外来)
from / / to / /

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)	Baby teeth (乳歯)
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	V I V I I I I I I I I I V
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	V I V I I I I I I I I I 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)	_____	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)	_____