

**RECEIPT (DENTAL)**

**領収明細書(歯科)**

<p><b>Request to Attending physician</b> 担当医へお願い</p> <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. 各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。</p> <p><b>Separate receipt required for prescriptions.</b> 薬材料は別に処方箋を添付のこと。</p>									
<p><b>Permanent</b> (疾病の名称および部位)</p> <table border="1"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	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	<p><b>Baby teeth</b> (乳歯)</p> <table border="1"> <tr> <td>V I V I I I I</td> <td>I I I I I V</td> </tr> <tr> <td>V I V I I I I</td> <td>I I I I I V</td> </tr> </table>	V I V I I I I	I I I I I V	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								
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								
V I V I I I I	I I I I I V								
<p><b>Identify examined teeth:</b> (該当する部位を○で囲み病名をつける)</p> <p>・ Cavity (C) (虫歯)                      ・ missing teeth (F) (欠歯)                      ・ stomatitis (G) (口内炎)</p> <p>・ Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)                      ・ extraction needed (Z) (要抜歯)</p>									
<p><b>Date of First Diagnosis</b> (初診日) _____</p> <p><b>Days of Diagnosis and Treatment</b> (診療を行った実日数) _____ day (日間)</p> <p><b>Office Visit Fees</b> (診断料) _____</p> <p><b>Examination Fees</b> (検査料) _____</p> <p><b>X-Ray Fee</b> (レントゲン) _____</p> <p><b>Other</b> (その他) _____</p>	<p><b>Currency paid</b> (支払通貨)</p> <p>_____</p>								
<p><b>Services</b> (治療した歯の部位と治療の種類)</p>									
<p><b>Describe when gold or platinum was used</b> (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)</p>									
<p>・ Filling (充てん)</p>									
<p>・ Inlaying (インレー又はアンレー)</p>									
<p>・ Capping (metal) (金属冠)</p>									
<p>・ Jacket capping (ジャケット冠)</p>									
<p>・ Capping connected (歯冠継続歯)</p>									
<p><b>Chipped Teeth</b> (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)</p>									
<p>・ Bridge (ブリッジ)</p>									
<p>・ Partial artificial teeth (局部義歯)</p>									
<p>・ Total artificial teeth (総義歯)</p>									
<p><b>Name of Hospital or Clinic</b> (病院又は診療所名称)</p> <p>_____</p> <p><b>Signature of Doctor</b> (担当医署名)</p> <p>_____</p> <p><b>Date</b> (日付)</p> <p>_____</p>	<p><b>Total</b> (計)</p> <p>_____</p>								