

RECEIPT (DENTAL)

領収明細書(歯科)

Request to Attending physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.
この用紙は、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.
この用紙は、担当医師が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.
この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとにつき一枚必要です。
4. Separate receipt required for prescriptions.
薬材料は別に処方箋を添付してください。

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 IV III II I	I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	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)

- Cravity (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)

Days of Diagnosis and Treatment (診療実日数)

Office Visit Fees (診断料)

Examination Fees (検査料)

X-ray Fee (レントゲン)

Other (その他)

Currency paid

(支払通貨)

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、プラチナを使用したときは特記してください)

• Filling (充てん)

• Inlaying (インレーまたはアンレー)

• 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はその部位と種類)

• Bridge (ブリッジ)

• Partial artificial teeth (局部義歯)

• Total artificial teeth (総義歯)

Name of Hospital or Clinic (病院または診療所名称)

Signature of Doctor (担当医師署名)

Date (日付)

Total (計)