RECEIPT (DENTAL)

領収明細書(歯科)

Request to Attending physician					
1 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 atter	nding 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)s	hould 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)	1			
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	VIVIII II I	ΙΠΠΙVV			
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	VIVIII II I	ΙΠΠΙVV			
Identify examined teeth : (該当する部位を〇で囲み病名を					
	(F) (欠歯) ・stomat	titis (G) (口内炎)			
・Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏) ・extraction nee	ded (Z) (要抜歯)				
Date of First Diagnosis(初診日)		Currency paid			
• •	day(日間)	(支払通貨)			
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	(様式B	の続紙	5	歯科)

