

領收明細書(齒科)

担当医へお願い

- 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。

- この様式は担当医が記入し、署名してください。

- 各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。

薬材料は別に処方箋を添付のこと。

Identify examined teeth: (該当する部位を○で囲み病名をつける)

- **Cavity (C)** (虫歯)
- **Phrrhes alveolaris (P)** (歯槽膿漏)
- **missing teeth (F)** (欠歯)
- **extraction needed (Z)** (要抜歯)
- **stomatitis (G)** (口内炎)

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)	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Filling (充てん) 	
--	--

・Inlaying (インレー又はアンレー)	
------------------------	--

・Capping (metal) (金属冠)	
------------------------	--

<p>・Jacket capping (ジャケット冠)</p>	
---------------------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> • Capping connected (菌冠継続菌) 	
--	--

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 (局部義齒)	
----------------------------------	--

・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