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）

８７６５４３２１	１２３４５６７８
８７６５４３２１	１２３４５６７８

Baby teeth（乳歯）

ⅤⅣⅢⅡⅠ	ⅠⅡⅢⅣⅤ
ⅤⅣⅢⅡⅠ	ⅠⅡⅢⅣⅤ

Identify examined teeth :（該当する部位を〇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） _____	