

RECEIPT (DENTAL)

領収明細書(歯科)

<p>Request to Attending physician 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>Separate receipt required for prescriptions. 薬材料は別に処方箋を添付のこと。</p>									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">Permanent (疾病の名称および部位)</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">Baby teeth (乳歯)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		Permanent (疾病の名称および部位)	Baby teeth (乳歯)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">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	
Permanent (疾病の名称および部位)	Baby teeth (乳歯)								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">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					
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>Identify examined teeth: (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) ・ Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏) ・ extraction needed (Z) (要抜歯)</p>									
<p>Date of First Diagnosis (初診日) _____</p> <p>Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ day (日間)</p> <p>Office Visit Fees (診断料) _____</p> <p>Examination Fees (検査料) _____</p> <p>X-Ray Fee (レントゲン) _____</p> <p>Other (その他) _____</p>	<p>Currency paid (支払通貨)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>								
<p>Services (治療した歯の部位と治療の種類)</p>									
<p>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)</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>Chipped Teeth (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>Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)</p> <p>_____</p> <p>Signature of Doctor (担当医署名)</p> <p>_____</p> <p>Date (日付)</p> <p>_____</p>	<p>Total (計)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>								