

Receipt (Dental)
領収明細書(歯科)

Request to Attending Physician
担当医へお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance (Japan) benefit.
この様式は患者の国民健康保険(日本国)の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
 - 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。
 - 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 is required for prescription.
薬剤料は別に処方箋を添付のこと。

Localization of Teeth (疾病部位の名称及び部位)

Permanent (永久歯)

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

Baby teeth (乳歯)

V IV III II I	I II III IV V
V IV III II I	I II III IV V

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

- ・ Cavity(C) (虫歯)
- ・ missing teeth(F) (欠歯)
- ・ stomatitis(G) (口内炎)
- ・ Pyorrhoea 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(s)(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関係)

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)
 - ・ Chipped Teeth (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（領収明細書の続紙【歯科】）

その他

翻訳者の記入欄	
名前	①
住所	電話