

**RECEIPT (DENTAL)****領収明細書(歯科)**

<b>Request to Attending physician</b> 担当医へお願い					
<b>1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.</b> 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。					
<b>2. This form should be completed and signed by the attending physician.</b> この様式は担当医が記入し、署名してください。					
<b>3. One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.</b> 各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。					
<b>Separate receipt required for prescriptions.</b> 薬材料は別に処方箋を添付のこと。					
<table border="1"> <tr> <td><b>Permanent</b> (疾病の名称および部位)</td> <td><b>Baby teeth</b> (乳歯)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">           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         </td> <td style="text-align: center;">           _____            _____         </td> </tr> </table>		<b>Permanent</b> (疾病の名称および部位)	<b>Baby teeth</b> (乳歯)	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	_____ _____
<b>Permanent</b> (疾病の名称および部位)	<b>Baby teeth</b> (乳歯)				
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	_____ _____				
<b>Identify examined teeth:</b> (該当する部位を 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)					
<b>Date of First Diagnosis</b> (初診日) _____ <b>Days of Diagnosis and Treatment</b> (診療を行った実日数) _____ <b>day</b> (日間) <b>Office Visit Fees</b> (診断料) _____ <b>Examination Fees</b> (検査料) _____ <b>X-Ray Fee</b> (レントゲン) _____ <b>Other</b> (その他) _____	<b>Currency paid</b> (支払通貨) _____ _____ _____				
<b>Services</b> (治療した歯の部位と治療の種類)					
<b>Describe when gold or platinum was used</b> (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)					
<b>Chipped Teeth</b> (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)					
<b>Name of Hospital or Clinic</b> (病院又は診療所名称)  _____ <b>Signature of Doctor</b> (担当医署名)  _____ <b>Date</b> (日付)  _____	<b>Total</b> (計)  _____				