

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

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 or the superintendent of the hospital / clinic.
この様式は担当医または病院の事務長が書き、署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとにつき一枚必要です。
Separate receipt required for prescriptions. 薬材料は別に処方箋を添付してください。
4. If not in dollars please specify the unit used.
ドル以外の通貨の場合は、その旨を書いてください。

I t e m i z e d R c e i p t (D e n t a l)
領 収 明 細 書 (歯 科)

Permanent (疾病の名称および部位)

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)

(1)Date of First Diagnosis	初診日	_____
(2)Days of Diagnosis and Treatment	診療を行った実日数	_____day (日間)
(3)Office Visit Fees	診断料	\$ _____
(4)Examination Fees	検査料	\$ _____
(5)X-Ray fee	レントゲン	\$ _____
(6)Other	その他	\$ _____

Describe when gold or platinum was used

(7)Filling	充てん	\$
(8)Inlaying	インレー又はアンレー	\$
(9)Capping(metal)	金属冠	\$
(10)Jacket capping	ジャケット冠	\$
(11)Capping connected	歯冠継続歯	\$

(12)Bridge	ブリッジ	\$
(13)Partial artificial teeth	局部義歯	\$
(14)Total artificial teeth	総義歯	\$
(15)Total	合計	\$

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付: _____ Signature 署名 _____

翻訳（様式 C の続紙）

症状の概要

処方、手術その他の処置の概要

	翻 訳 者 記 入 欄
名 前	
住 所	電話 _____