

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic 担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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、署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。
Separate receipt required for prescriptions.
薬剤料は別に処方せんを添付のこと。

Itemized Receipt (DENTAL) 領収明細書 (歯科)

From B

Permanent (傷病の名称および部位)		Baby teeth (乳歯)																																																					
<table border="1"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>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	<table border="1"> <tr> <td>V</td><td>IV</td><td>III</td><td>II</td><td>I</td> <td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td><td>IV</td><td>III</td><td>II</td><td>I</td> <td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td> </tr> </table>		V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
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																																								
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) • Pyorrhoëa 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)																																																							
• Filleng (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)		_____																																																					

■邦訳（B）

その他（項目明記）