

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>									
<p>Permanent (疾病の名称および部位)</p> <table border="1"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>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	<p>Baby teeth (乳歯)</p> <table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</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								
_____	_____								
_____	_____								
<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)</p> <p>• 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>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>								

翻訳（様式Bの続紙：歯科）

その他

翻訳者の記入欄	
名前	⑩
住所	電話