

## Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務局長へお願い

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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic  
この様式は担当医又は病院の事務局長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used  
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

## Itemized receipt

## 領 収 明 細 書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$	
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	\$	
(3) Fee for home visit	往診料	\$	
(4) Fee for hospital visit	入院管理費	\$	
(5) Hospitalization	入院費	\$	
(6) Consultation	診察費	\$	
(7) Operation	手術費	\$	
(8) X-ray examination	X線検査費	\$	
(9) Medication	医薬費	\$	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	
(12) Others(specify)その他 (項目明記)		\$	\$
(13) Total	合 計	\$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name of Patient

患者名 Last 姓 First 名

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

担当医又は病院事務局長の名前及び住所

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

## 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 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。
- 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 required for prescriptions. 薬剤料は別に処方箋を添付のこと。
- Please specify material, for items marked ※. ※印の項目については材質も明記してください。

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex 性別		<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Date of First Diagnosis 初診日		Duration of Treatment _____ days 診療日数 日間					
Permanent Teeth (永久歯)				Baby Teeth(乳歯)			
R   8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8   L 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8				R   E D C B A   A B C D E   L E D C B A   A B C D E			
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) • Pyorrhea alveolaris(P)(歯槽膿漏)      • extraction needed(Z)(要抜歯)							
Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金		
1. Examination 診療			Comp.複合レジン 1. Serf				
2. X-ray レントゲン診断			2. Serf				
Bite-wings 咬翼型 ×			3. Serf				
Periapical 標準型 ×			※Other(Material)				
Panoramic パノラマ ×			その他 _____				
Models スタディモデル			※9. Inlay/Onlay(Material)				
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			インレー/アンレー				
4. Prophylaxes 予防			10. Amal./Comp.Build-up				
Scaling 歯石除去			アマルガム・複合レジンによる支台築造				
Fluoride フッ化物塗布			Post c Core メタルコア				
5. Extraction 抜歯			※Other (Material)				
			その他 _____				
6. Periodontal Scaling/ Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			11. Crown 冠				
			Porcelain/Gold ポーセレン・金				
			Silver alloy 銀合金				
Gingival Curettage 毛嚢搔爬			※Other(material)				
			その他 _____				
7. Pulp Cap 歯髄覆			※12. Bridge Work ブリッジ				
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Abut (material)				
Root Canal Therapy			支台歯				
根管治療 1canal 根管							
2canal			Pontic (material)				
3canal			ダミー				
8. Filling 充填			※13. Plate Denture (material)				
Amal.アマルガム 1. Serf 面			有床義歯 _____				
2. Serf			※14. Other(Material)				
3. Serf			その他 _____				
			Total Fee 合計				

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地

Date  
日付Signature  
署名

申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず<別紙>に和訳をつけてください。  
材質の場合は具体的にどのようなものか訳してください。