Request to Attending Dental Surgeon　担当歯科医へのお願い

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 is to be completed and signed by the attending dental surgeon.
この様式は担当歯科医が記入し、署名してください。

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。

Form C　(様式C)

RECEIPT (DENTAL)　領収明細書 (歯科)

Name of Patient(Last,First) 受診者名	Age(Date of Birth) 年齢	Sex(Male・Female) 性別

Date of First Diagnosis 初診日 _____　Days of Diagnosis And Treatment 診療実日数 _____ days

Localization of Teeth 部位

Permanent Tooth 永久歯
(F) 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

Deciduous Teeth 乳歯
(F) e d c b a　a b c d e (L)
e d c b a　a b c d e

1.Name of Illness 傷病名

(1)Dental Caries う蝕症 _____　(2)Missing Tooth 欠損 _____　(3)Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏 _____

(4)Extraction Needed 抜歯 _____　(5)The Others その他 _____

2.Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
(1)Initial Office Visit (初診料)			
(2)Office Visit Fees (再診料)			
(3)Days of Diagnosis and Treatment (診療実日数)			
(4)Examination Fees(検査料)			
(5)X-Ray Examinati (レントゲン検査)			
dental ・単純撮影 (標準 or デジタル)			
panorama ・パノラマ撮影 (標準 or デジタル)			
(6)Dental Pulp Extirpation (抜髄)			
(7)Opcration (手術)			
(8)Extraction (抜歯)			
(9)Filling (充填)			
(10)Inlaying (インレー又はアンレー)			
(11)Metal Crown (金属冠)			
(12)Post Crown (継続歯)			
(13)Jacket Crown (ジャケット冠)			
(14)Bridge Work (ブリッジ)			
(15)Plate Denture (有床義歯)			
(16)Partial Denture (局部義歯)			
(17)Complete Denture (総義歯)			
(18)Treatment of Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏)			
(19)Medicine (投薬)			
(20)The Others (その他)			

the currency unii(通貨単位)Total(合計) _____

Name of Dental Surgeon　医師名 _____

Name and Address of Dentist's Office
医師の名称・住所 _____

Date 日付 _____