

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申請に必要ですので証明をお願いします。
 This form is to be completed and signed by the attending dental surgeon.
 この様式は担当歯科医が書き、かつ署名して下さい。
 One each form in every month for dental diagnosis and treatment.
 各月毎の歯科診療につき、この様式の1枚が必要です。

翻 訳 者
氏名
住所
TEL

Form C

Itemized Receipt (Dental) 領収明細書(歯科)

Name of Patient (Last,First)

Age (Date of Birth)

Sex (Male • Female)

性 別

受診者名 _____

年 齢 _____

Date of First Diagnosis _____

Days of Diagnosis and Treatment _____ days

初 診 日

診 療 日 数

Localization of Tooth 部 位																													
Permanent Tooth 永久歯								Deciduous Tooth 乳歯																					
R.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L.	R.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	L.
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			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) Periodontal Disease 歯周病	(4) The Others その他
_____	_____	_____	_____
2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Tooth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
(1) Initial Office Visit 初診料			
(2) X-Ray Examination レントゲン検査			
(3) Endodontic Treatment 歯内療法			
(4) Operation 手術			
(5) Extraction 抜歯			
(6) Filling 充填			
(7) Inlay インレー			
(8) Crown 鑄造冠			
(9) Post Crown 継続歯			
(10) Jacket Crown ジャケット冠			
(11) Bridge Work ブリッジ			
(12) Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
(13) Treatment of Periodontal Disease 歯周治療			
(14) Medicine 投薬			
(15) The Others その他			

(the currency unit _____)

通貨単位

Total _____

合計

Name of Dental Surgeon 医師氏名 _____

Signature 署名 _____

Name of Address of Dentist's Office 歯科医院の名称・所在地 _____

Date 日付 _____