

This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

Itemized Receipt (DENTAL)

領収明細書 (歯科)

Name of Patient 受診者名 _____ Age 年齢 _____ Sex (Male Female) 性別 _____
Date of First Diagnosis 初診日 _____ Days of Diagnosis and Treatment 診断日数 _____ days

Localization of Teeth 部位			
Permanent Teeth 永久歯		Deciduous 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

1. Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea 歯槽膿漏	4. The Others その他
2. Dental Treatment 歯科診療		Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料
			Fee 治療費
* Initial office Visit 初診料			
* X-Ray Examination レントゲン検査			
* Dental Pulp Extirpation 抜髄			
* Extraction 拔牙			
* Filling 充填			
* Inlay インレー			
* Metal Crown 金属冠			
* Post Crown 継続歯			
* Jacket Crown ジャケット冠			
* Bridge Work ブリッジ			
* Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
* Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置			
* Medicine 服薬			
* The Others その他			

Total 合計 _____

Name of Dental Surgeon _____ Signature _____
医師氏名 署名

Name and Address of Dentists Office _____
歯科医院の名称及び所在地 _____