

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 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。
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書き、かつ署名して下さい。
3. 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。

Form C  
様式 C

Itemized Receipt (Dental)

領収明細書 ( 歯 科 )

Name of Patient (Last, First)

患者名 \_\_\_\_\_

Age (Date of Birth)

年齢 ( 生年月日 ) \_\_\_\_\_

Sex (Male · Female)

性別 ( 男 · 女 ) \_\_\_\_\_

Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

初診日

Day of Diagnosis and Treatment : \_\_\_\_\_ days

診療日数

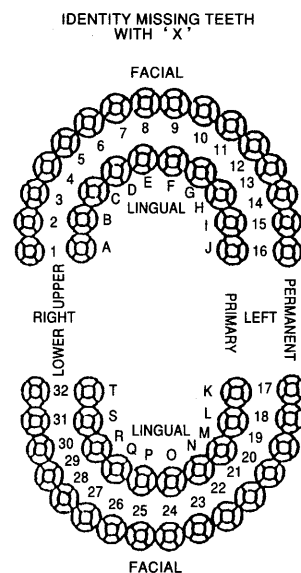
Date Service Performed : \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

治療日

\_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_



Type of Treatment 治療の分類

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) X-Ray Examination レントゲン検査			
(3) Dental Pulp Extirpation 抜髄			
(4) Operation 手術			
(5) Extraction 抜歯			
(6) Filling 充填			
(7) Inlay インレー			
(8) Metal Crown 金属冠			
(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 Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置			
(14) Medicine 投薬			
(15) The Others その他			

Total 合計 \_\_\_\_\_

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_

Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_

Signature 署名 \_\_\_\_\_

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 \_\_\_\_\_