

## Request to the Dental Surgeon

歯科

## 歯科医師へのお願い

- Please fill in 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 Dental Surgeon.  
この様式は歯科医師が書きかつ署名してください。
- One form for each month should be filled out. 各月毎にこの様式1枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit useドル以外の貨幣の場合はそのむねを書いてください。

## Itemized Receipt(Dental)

## 領収明細書(歯科)

Name of Patient(last,first) \_\_\_\_\_ Age(Date of Birth) \_\_\_\_\_ Sex(Male・Female)  
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)

Date of First Diagnosis \_\_\_\_\_ Days of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_ days  
初診日 診療日数 日間

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	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

## I. Name of Illness 傷病名

1.Dental Caries う蝕症 2.Missing Teeth 欠損 3.Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏 4.The Others その他

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

## II. Dental Treatment 歯科診療

Dental Treatment 歯科診療	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 X線検査			\$
3.Dental Pulp Extirpation 抜髄			\$
4.Extraction 拔牙			\$
5.Filling 充填			\$
6.Inlay インレー			\$
7.Metal Crown/resin 金属冠			\$
8.Post Crown 継続歯			\$
9.Jacket Crown ジャケット冠			\$
10.Bridge Work ブリッジ			\$
11.Plate Denture 有床義歯			\$
Pratial Denture 局部義歯			
Complete Denture 総義歯			
12.Treatment of 歯槽膿漏 Pyorrhea Alvolaris 処置			\$
13.Medicine 投薬			\$
14.The Others その他			\$
15.Total 合計			\$

Name and Address of the Dental Surgeon 歯科医師の氏名及び住所

Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
 Adress 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
 : Office 歯科医院 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
 Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

## ※ 歯科の請求にあたっての注意事項

- 歯の矯正は支給対象にはなりません。ただし、先天性唇顎口蓋裂は支給対象になります。