

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 Diagno: _____ Day of Diagnosis and Treatment _____
初診日 _____ 診療日数 _____ 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
R	e d c b a	a b c d e	L
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

1. 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
_____	_____	_____	_____

2. Dental Treatment 歯科治療	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 抜歯			
* 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 歯槽膿漏 Pyorrhea Alveolaris			
* Medicine 投薬			
* The Others その他			

Total 合計 _____

Name of Dental Surgeon _____ Signature _____
医師の氏名 _____ 署名 _____

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

Date _____
日付 _____