

Request to the Dental Surgeon 歯科医師へのお願い

1. Please full 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。
2. This form should be completed and signed by the Dental Surgeon. この様式は歯科医師が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month should be filled out. 各月毎に、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used. ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

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

Permanent Teeth 永久歯		Localization of Teeth 部位		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
	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

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 X線検査			\$
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄			\$
4. Extraction 抜歯			\$
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			\$
Partial Denture 局部義歯			\$
Complete Denture 総義歯			\$
12. Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏 処置			\$
13. Medicine 投薬			\$
14. The Others その他			\$
15. Total 合計	(Unit is 貨幣単位 _____)		\$

Name and Address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前及び住所

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

※ 歯科の請求に当たっての注意事項: 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。