

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 診療日数 _____ days

Localization of Teeth 部位	
Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯
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
R _____ L	R _____ 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

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 初診科			
*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 歯槽膿漏処置 Pyorrhea Alveolaris			
*Medicine 投薬			
*The Others その他			

Total 合計 _____

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

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

Date 日付 _____