

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 _____