

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill in this 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 should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic. この様式は担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必要です。
- 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ください。

Form C
様式 C

Itemized Receipt (DENTAL)
領収明細 (歯科)

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	

Name of Illness 症病名

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

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 Alveolar 歯槽膿漏治療			\$
(13) Medicine 投薬			\$
(14) The Others () その他			\$
(15) Total 合計	(Unit is _____) 貨幣単位		\$

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医または病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

邦訳（様式C）

項 目		材料の邦訳	
(5)	充填		
(6)	インレー		
(7)	金属冠		
(8)	継続歯		
(9)	ジャケット冠		
(10)	ブリッジ		
(11)	有床義歯		
	局部義歯		
	総義歯		
(14)	その他	内容の邦訳	部位・材料の邦訳

翻訳者記入欄	
名前	印／サイン
住所	電話