Form B：DENTAL　（様式Ｂ：歯科）

**Requests to Attending Physician（担当医へのお願い）**

１．Please certify this form so that the patient may claim National Health Insurance benefits in Japan.

この様式は患者の国民健康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 attending physician.

　　　　この様式は担当医または病院の事務局長が書き、かつ署名してください。

３．One form is needed for each and every inpatient or outpatient treatment visit.

　各月毎、入院、入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

４．One form is needed for each and every inpatient or outpatient treatment visit.

　　 ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

５．Separate receipt required for prescriptions.

　　 薬剤料は別に処方箋を添付のこと。

**Itemized receipt （DENTAL）**

領 収 明 細 書 （歯科）

|  |  |
| --- | --- |
| Location of Teeth （部位）  Permanent Teeth （永久歯）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Baby Teeth （乳歯）  Ｒ  　　　８　７　６　５　４　３　２　１　　　１　２　３　４　５　６　７　８　　　　　　　　　　Ⅴ　Ⅳ　Ⅲ　Ⅱ　Ⅰ　　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ  L  Ｒ  L  　　　８　７　６　５　４　３　２　１　　　１　２　３　４　５　６　７　８　　　　　　　　　　Ⅴ　Ⅳ　Ⅲ　Ⅱ　Ⅰ　　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ  Identify examined teeth （該当する部位を〇で囲み病名をつける）  　　・Cavity （C）（虫歯）　　　　　　　　　　　　　・missing teeth （F）（欠歯）　　　・stomatitis （G）（口内炎）  　　・Pyorrhea alveolaris （P）（歯槽膿漏）　・extraction needed （Z）（要抜歯） | |
| Date of First Diagnosis （初診日）  Days of Diagnosis and Treatment （診察を行った実日数）　　　　　　　　day（日間）  Office Visit Fees （診断料）  Examination Fees （検査料）  X-Ray Fee （レントゲン）  Other （その他） | Currency paid  （支払通貨） |
| Services （治療した歯の部位と治療の種類） |  |
| Describe when gold or platinum was used （治療材料に金、白金を使用したとき  は特記してください） |  |
| ・Filling （充てん） |  |
| ・Inlaying （インレー） |  |
| ・Capping （metal）（金属冠） |  |
| ・Jacket capping （ジャケット冠） |  |
| ・Capping connected （歯冠継続歯） |  |
| Chipped Teeth （欠損歯を補綴した場合その部位と種類）  ・Bridge （ブリッジ） |  |
| ・Partial artificial teeth （局部義歯） |  |
| ・Total artificial teeth （総義歯） |  |
| Name of Hospital or Clinic （病院または診療所名称）    Signature of Doctor （担当医署名）    Date （日付） | Total （計） |