

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																					
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	

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 初診料			
* 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 Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置			
* 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 \_\_\_\_\_