

1. 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。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は、担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month should be filled out.
各月ごとにこの様式一枚が必要です。

Attending Physician's Statement (Dental) 診療内容明細書 (歯科)

Name of Patient (last, first) _____, _____ Age (Date of Birth) _____ () Sex (Male, Female)
患者名 年齢 (生年月日) 性別 (男, 女)
Date of First Diagnosis _____, _____, _____ Day of Diagnosis and Treatment _____ days
初診日 診療日数 日間

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
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
e d c b a		a b c d e

 L.

I. 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

_____ | _____ | _____ | _____

II. 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 the Dental Surgeon 歯科医師の名前・住所

Name 名前 Last _____ First _____ Title 称号 _____
Address 住所 Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
 Office 歯科医院 _____ Phone 電話 _____
Date 日付 _____ Signature 署名 _____

※申請者は、上記の内訳の詳細を邦訳してください。