

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、かつ署名してください。
3. One form for each month, one form for hospitalization outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Form A(様式 A)

Attending Physician's Statement

診療内容明細書 (歯科)

1. 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)
 2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
傷病名 _____
 3. Date of First Diagnosis : _____ , 20 _____
初診日
 4. Day of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
 5. Type of Treatment
治療の分類
 - Hospitalization : From _____ , 20 _____ to _____ , 20 _____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
 - Out patient or Home Visit: _____ , 20 _____ to _____ , 20 _____
入院外 _____ , 20 _____ to _____ , 20 _____
 6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
 7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
 8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
 9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B
治療実費 様式 B
 10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
- Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____
- Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____
- Office 病院又は診療所 _____ Phone _____
- Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

RECEIPT (DENTAL)

Form B (様式B)

領収明細書 (歯科)

Request to Attending physician 担当医へお願い 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記入し、署名してください。 3. One form for each month, one form for hospitalization outpatient and home visit. 各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。 Separate receipt required for prescriptions. 薬材料は別に処方箋を添付のこと。									
Permanent (疾病の名称および部位) <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr style="border-top: 1px solid black;"> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	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	Baby teeth (乳歯) <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">V IV III II I</td> <td style="text-align: center;">I II III IV V</td> </tr> <tr style="border-top: 1px solid black;"> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">V IV III II I</td> <td style="text-align: center;">I II III IV V</td> </tr> </table>	V IV III II I	I II III IV V	V IV III II I	I II III IV V
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								
V IV III II I	I II III IV V								
V IV III II I	I II III IV V								
Identify examined teeth : (該当する部位を○で囲み病名をつける) ・ Cavity (C) (虫歯) ・ missing teeth (F) (欠歯) ・ stomatitis (G) (口内炎) ・ Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏) ・ extraction needed (Z) (要抜歯)									
Date of First Diagnosis (初診日) _____									
Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ 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)									
Service (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 (インレー又はアンレー)									
・ 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 (病院又は診療所名称) _____ Signature of Doctor (担当医署名) _____ Date (日付) _____	Total (計) _____ Currency paid (支払通貨) _____								