

Form B

Itemized receipt  
領収明細書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$	_____
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	\$	_____
(3) Fee for home visit	往診料	\$	_____
(4) Fee for hospital visit	入院管理料	\$	_____
(5) Hospitalization	入院費	\$	_____
(6) Consultation	診察費	\$	_____
(7) Operation	手術費	\$	_____
(8) X-ray examination	X線検査費	\$	_____
(9) Medication	医薬費	\$	_____
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	_____
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	_____
(12) Others(specify)	その他(項目明記)	\$	_____ \$
(13) Total	合計	\$	_____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e, extra charge for a bed.

注意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

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

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
名前 姓 名 称号

Address : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
住所 Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
日付 署名

Request to Attending physician (担当医へお願い)

- Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.  
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。
- 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。
- One form for each month and one for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。
- Separate receipt required for prescriptions. 薬剤料は別に処方箋を添付のこと。
- Please specify material, for items marked ※. ※印の項目については材質も明記してください。

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 男 女
Date of First Diagnosis 初診日	Duration of Treatment _____ days 診療日数 日間	

Permanent Teeth (永久歯)	Baby Teeth(乳歯)																										
R <table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table> L	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	R <table border="1"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td></tr> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> </table> L	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
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																							

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)  
 ・ Pyorrhea alveolaris(P)(歯槽膿漏) ・ extraction needed(Z)(要抜歯)

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診療			Comp.複合レジン 1. Serf		
2. X-ray レントゲン診断			2. Serf		
Bite-wings 咬翼型 ×			3. Serf		
Periapical 標準型 ×			※Other(Material)		
Panoramic パノラマ ×			その他 _____		
Models スタディモデル			※9. Inlay/Onlay(Material)		
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			インレー/アンレー		
4. Prophylaxes 予防			10. Amal./Comp.Build-up		
Scaling 歯石除去			アマルガム・複合レジンによる支台築造		
Fluoride フッ化物塗布			Post c Core メタルコア		
5. Extraction 抜歯			※Other (Material)		
6. Periodontal Scaling/ Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			その他 _____		
Gingival Curettage 毛嚢搔爬			11. Crown 冠		
7. Pulp Cap 歯髄覆			Porcelain/Gold ポーセレン・金		
Pulpotomy 歯髄切斷・抜髄			Silver alloy 銀合金		
Root Canal Therapy 根管治療 1canal 根管			※Other(material)		
2canal			その他 _____		
3canal			※12. Bridge Work ブリッジ		
8. Filling 充填			Abut (material)		
Amal.アマルガム 1. Serf 面			支台歯		
2. Serf			Pontic (material)		
3. Serf			ダミー		
			※13. Plate Denture (material)		
			有床義歯 _____		
			※14. Other(Material)		
			その他 _____		
Total Fee 合計					

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地

Date 日付	Signature 署名
------------	-----------------

申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず<別紙>に和訳をつけてください。  
材質の場合は具体的にどのようなものか訳してください。