

Request to Attending physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the 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。
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 and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C

ATTENDING DENTISTS STATEMENT

様式 C

歯科診療報酬明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Date of Birth 生年月日 _____	Sex (Male・Female) 性別 (男・女) _____
2. Date of First Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment days 診療を行った実日数 _____ 日間	
Tooth Number 治療した歯に○をつけてください。		
Permanent Tooth (永久歯)		Primary Tooth (乳歯)
R	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L	R
	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L	E D C B A A B C D E L
		E D C B A A B C D E L

Type of Treatment (治療の分類)

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visi 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
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					

Neme and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last (姓) _____ First (名) _____ Title (称号) _____

Address Home (自宅) _____ Phone (電話) _____

Office (病院または診療所) _____ Phone _____

Date (日付) _____ Signature (署名) _____

Attending Physician (担当医)

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

様式 C 邦訳

Permanent Tooth (永久歯) R $\frac{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}$ $\frac{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}$ L	Primary Tooth (乳歯) R $\frac{E\ D\ C\ B\ A}{E\ D\ C\ B\ A}$ $\frac{A\ B\ C\ D\ E}{A\ B\ C\ D\ E}$ L
--	---

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初 診 料					
レ ン ト ゲ ン 検 査					
抜 髄					
手 術					
抜 歯					
充 填					
イ ン レ ー					
金 属 冠					
継 続 歯					
ジ ャ ケ ッ ト 冠					
ブ リ ッ ジ					
有 床 義 歯					
局 部 義 歯					
総 義 歯					
歯 槽 膿 漏 処 置					
投 薬					
そ の 他					
合計					

翻 訳 者

住 所

氏 名

電 話