

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

FormC

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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 should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic. この様式は担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必要です。

Form C 様式 C

Itemized Receipt (DENTAL) 領収明細書 (歯科)

Currency paid (支払い通貨)

1. Permanent (疾病の名称および部位)

Baby teeth (乳歯)

87654321 | 12345678

V IV III II I | I II III IV V

87654321 | 12345678

V IV III II I | I II III IV V

2. 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)

3. Date of First Diagnosis

初診日 _____

4. Days of Diagnosis and Treatment 診療を行った実日数 _____ day (日間)

5. Office Visit Fees

診断料 _____

6. Examination Fees

検査料 _____

7. X-Ray Fee

レントゲン _____

8. Other

その他 _____

9. Services

治療した歯の部位と治療の種類

10. 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。

11. Filling

充てん _____

12. Inlaying

インレー又はアンレー _____

13. Capping (metal)

金属冠 _____

14. Jacket capping

ジャケット冠 _____

15. Capping connected

歯冠継続歯 _____

16. Chipped Teeth

欠損歯を補綴した場合その部位と種類

Bridgeブリッジ

17. Partial artificial teeth

局部義歯 _____

18. Total artificial teeth

総義歯 _____

19. Total

合計 _____

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

担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名前: Last 姓

First 名

Title 称号

Address 住所: Home 自宅

Phone 電話

Office 病院または診療所

Phone 電話

Date: 日付

Signature 署名