K21-③

RECEIPT (DENTAL)
（領収明細書（歯科用））

注意
1. 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。
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 and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.　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.
（薬剤料は別に処方箋を添付のこと）

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

Permanent （疾病の名称および部位）

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）

Ⅴ Ⅳ Ⅲ Ⅱ Ⅰ	Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ
Ⅴ Ⅳ Ⅲ Ⅱ Ⅰ	Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ

Identify examined teetl ：（該当する部位を○でかこみ病名をつける）

cavity (C) （むし歯）　missing teeth (F) （欠歯）　pyorrhea alveolaris (P) （歯槽膿漏）　extraction needed (Z) （要抜歯）

Date of First Diagnosis（初診日）	Days of Diagnoses and Treatment（診療を行なった実日数）	Office Visit Fees（診断料）	Currency paid（支払通貨）
	days（日 間）		
Examination Fees（検査料）	X-Ray Fee（レントゲン）	Other（その他）	

Services （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下さい））

- 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）