Form C **RECEIPT(DENTAL) 領収明細書（歯科）**

|  |
| --- |
| **Request to Attending physician（担当医へお願い）**1．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。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 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。4．Separate receipt required for prescriptions. 薬剤料は別に処方箋を添付のこと。5．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　　　□M　□F性別 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)ＬＲＲ８ ７ ６ ５ ４ ３ ２ １　　１ ２ ３ ４ ５ ６ ７ ８　　　　　　　　　Ｅ Ｄ Ｃ Ｂ Ａ　　Ａ Ｂ Ｃ Ｄ ＥＬ８ ７ ６ ５ ４ ３ ２ １　　１ ２ ３ ４ ５ ６ ７ ８　　　　　　　　　Ｅ Ｄ Ｃ Ｂ Ａ　　Ａ Ｂ Ｃ Ｄ ＥIdentify examined teeth(該当する部位を〇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)その他 |  |  |
| Panoramic パノラマ × |  |  |
| Models スタディモデル |  |  | ※9．Inlay/Onlay(Material) インレー/アンレー |  |  |
| 3．Medication □yes □no投薬 |  |  |
| 10．Amal./Comp.Build-upアマルガム・複合レジンによる支台築造 |  |  |
| 4．Prophylaxes 予防 |  |  |
|  Scaling　歯石除去 |  |  | 　　Post c Core メタルコア |  |  |
| Fluoride フッ化物塗布 |  |  | ※Other (Material) その他 |  |  |
| 5．Extraction 抜歯 |  |  |
| 6．Periodontal Scaling/ Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化 |  |  | 11．Crown 冠 |  |  |
| 　　　Porcelain/Gold ポーセレン・金 |  |  |
| 　　　Silver alloy 銀合金 |  |  |
| Gingival Curettage毛嚢掻爬  |  |  | 　　※Other(material) その他 |  |  |
| 7．Pulp Cap 歯髄覆 |  |  | ※12．Bridge Work ブリッジ |  |  |
| Pulpotomy 歯髄切断・抜髄 |  |  | 　　　　Abut 支台歯 | (material) |  |  |
| Root Canal Therapy |  |  |  |  |  |
| 根管治療　 1canal 根管 |  |  |  |  |  |
| 　　　　　 2canal |  |  |  Pontic 　ダミー | (material) |  |  |
|  3canal |  |  |  |  |  |
| 8．Filling 充填 |  |  | ※13．Plate Denture (material)　　　有床義歯 |  |  |
| Amal.アマルガム1．Serf 面  |  |  |
| 2．Serf  |  |  | ※14．Other(Material) その他 |  |  |
| 3．Serf  |  |  |
|  | 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。