

Request to Attending Dental Surgeon 担当歯科医へのお願

(管工業健康保険組合)

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申請に必要ですので証明をお願いします。
2. This form is to be completed and signed by the attending dental surgeon.
この様式は担当歯科医が書き、かつ署名して下さい。
3. One each form in every month for dental diagnosis and treatment.
各月毎の歯科診療につき、この様式の1枚が必要です。

翻 訳 者
氏 名
住 所
TEL

Form C
様式C

Itemized Receipt (Dental) 領収明細書 (歯科)

Name of Patient (Last, First)

Age (Date of Birth)

Sex (Male · Female)

受 診 者 名

年 令

性 別

Date of First Diagnosis
初 診 日

Days of Diagnosis and Treatment
診 療 日 数

Localization of Teeth 部 位	
Permanent Teeth 永 久 歯 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 R. _____ L.	Deciduous Teeth 乳 歯 e d c b a a b c d e R. _____ L.

1. Name of Illness 傷 病 名			
(1) Dental Caries 歯 蝕 症 う 蝕 症	(2) Missing Teeth 欠 損	(3) Pyorrhea Alveolaris 歯 槽 膿 漏	(4) The Others 其 他
_____	_____	_____	_____
2. Dental Treatment 歯 科 治 療	Localization of Teeth Examined 患 歯 部 位	Material 材 料	Fee 治 療 費
(1) Initial Office Visit 初 診 料			
(2) X-Ray Examination レントゲン検査			
(3) Dental Pulp Extirpation 抜 髄			
(4) Operation 手 術			
(5) Extraction 抜 歯			
(6) Filling 充 填			
(7) Inlay インレー			
(8) Metal Crown 金 属 冠			
(9) Post Crown 継 続 歯			
(10) Jacket Crown ジャケット冠			
(11) Bridge Work ブリッジ			
(12) Plate Denture 有 床 義 歯 Partial Denture 局 部 義 歯 Complete Denture 総 義 歯			
(13) Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯 槽 膿 漏 処 置			
(14) Medicine 投 薬			
(15) The Others 其 他			

(the currency unit 通貨単位) Total 合計

Name of Dental Surgeon 医 師 氏 名

Signature 署 名

Name and Address of Dentist's Office 歯 科 医 院 の 名 称 ・ 所 在 地

Date 日 付