

Form C

様式 C

This form is used for claiming the social insurance benefit.

この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

ITEMIZED RECEIPT (DENTAL)

領収明細書 (歯科)

Name of Patient _____
受診者名

Age _____
年齢

Sex (Male : Female) _____
性別

Date of First Diagnosis _____
初診日

Days of Diagnosis and Treatment _____ days
診療日数

Localization of Teeth																															
Permanent Teeth 永久歯								Deciduas Teeth 乳歯																							
R	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	e	d	c	b	a		a	b	c	d	e	L
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8			e	d	c	b	a		a	b	c	d	e	

1. Name of Illness

1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他
_____	_____	_____	_____

2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Metal 材料	Fee 治療費
* Initial Office Visit 初診料			
* X-Ray Examination レントゲン検査			
* Dental Pulp Extirpation 抜髄			
* 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 歯槽膿漏処置			
* Pyorrhea Alveolaris			
* Medicine 投薬			
* The Others その他			

Total 合計 _____

Unit is _____

Name of Dental Surgeon _____
医師の氏名

Signature 署名 _____

Name of Address of Dentist's Office _____
歯科医院の名称及び住所

Date _____