Form C

RECEIPT（DENTAL）

領収明細書（歯科）

Request to Attending physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the long-term care insurance benefit.
   この様式は患者の後期高齢者医療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。
   Separate receipt required for prescriptions.
   薬剤料は別に処方箋を添付のこと。

Permanent（疾病の名称および部位）

８７６５４３２１	１２３４５６７８
８７６５４３２１	１２３４５６７８

Baby teeth（乳歯）

ⅤⅣⅢⅡⅠ	ⅠⅡⅢⅣⅤ
ⅤⅣⅢⅡⅠ	ⅠⅡⅢⅣⅤ

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）

・Pyorrhea alveolaris（P）（歯槽膿漏）　・extraction needed（Z）（要抜歯）

Date of First Diagnosis（初診日）＿＿＿＿＿＿＿＿	Currency paid（支払通貨）
Days of Diagnosis and Treatment（診療を行った実日数）＿＿＿＿day(日間)	
Office Visit Fees（診断料）＿＿＿＿＿＿＿＿	
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ください）	
・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（歯冠継続菌）	
Chipped Teeth（欠損歯を補綴した場合その部位と種類） ・Bridge（ブリッジ）	
・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） ＿＿＿＿＿＿