Form C

Itemized receipt (DENTAL)
領 収 明 細 書 (歯科)

1. This form is used for claiming the health insurance benefit.
   この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
   この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient.
   各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。
4. Fill in the insurance fee in your country currency. Ex ($, ₩, ¥…)
   あなたの国の通貨で、保険費用をお書きください。

1. Country【国名】_____ Currency【通貨単位】_____

	Items	項 目	Amount【金額】
(1)	Fee for initial office visit	初診料	
(2)	X-ray examination	X線検査費	
(3)	Pulpectomy	抜髄	
(4)	Extraction	抜歯	
(5)	Filling	充填	
(6)	Inlay	インレー	
(7)	Metal Crown	金属冠	
(8)	Post Crown	継続歯	
(9)	Jacket Crown	ジャケット冠	
(10)	Bridge	ブリッジ	
(11)	Plate Denture ・Partial Denture ・Complete Denture	有床義歯 ・局部義歯 ・総義歯	
(12)	Treatment of Pyorrhea Alveolaris	歯槽膿漏処置	
(13)	Medication	投薬	
(14)	Others	その他	※ Please mention the details in the following blanks.
	Items	項 目	Amount【金額】
	Others total	その他合計	
(15)	Total	合計	

※ Separate receipt required for prescriptions.

2. Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic
【担当医又は病院事務長の名前及び住所】

Name【名前】_____

Title【称号】_____

Address【住所】Home : _____ Phone : _____

Office : _____ Phone : _____

Please fill in the back as well.

3. Location of Teeth【部位】

Permanent Teeth【永久歯】

R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

Baby teeth【乳歯】

R	Ⅴ	Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	L
	Ⅴ	Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	

4. Condition【症状】

- 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【記入日】_____

Signature of Attending Physician【担当医署名】 _____