

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health Insurance
この用紙は、患者の国民健康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 should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of the hospital / clinic.

この用紙は、担当医または病院の事務長が書き、かつ署名をしてください。

3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとに付き一枚必要です。

4. If not in dollars please specify the unit used. ドル以外の通貨の場合は、その旨を書いてください

Form B

Itemized Receipt

領収明細書

Table with 4 columns: Item number, English description, Japanese description, and Amount in dollars. Items include: (1) Fee for Initial Office Visit, (2) Fee for Follow-up Office Visit, (3) Fee for Home Visit, (4) Fee for Hospital Visit, (5) Hospitalization, (6) Consultation, (7) Operation, (8) X-ray Examinations, (9) Laboratory Tests, (10) Medication, (11) Anesthetics, (12) Operating room charge, (13) Others (specify), (14) Total.

Unit is _____
貨幣単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment in payment for a luxurious room charge. 高級室料等治療に直接関係のないものは、除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前および住所

Name 名前: Last 姓 First 名 Title 称号

Address: Home 自宅 Phone 電話

住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付: Signature 署名

翻訳 (様式Bの続紙)

(12) その他 (項目明記)

--

翻訳者の記入欄	
名前	印
住所	電話

RECEIPT (DENTAL)

領収明細書(歯科)

Request to Attending physician 担当医へお願い	
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>Separate receipt required for prescriptions. 薬材料は別に処方箋を添付のこと。</p>	
Permanent (疾病の名称および部位) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	Baby teeth (乳歯) V I V I I I I I I I I I I V V I V I I I I I I I I I I V
Identify examined teeth: (該当する部位を○で囲み病名をつける) <ul style="list-style-type: none"> • Cavity (C) (虫歯) • missing teeth (F) (欠歯) • stomatitis (G) (口内炎) • Phorhes 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 (診察を行った実日数) _____ 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 (歯冠継続歯)	
Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)	
• Bridge (ブリッジ)	
• Partial artificial teeth (局部義歯)	
• 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) _____

翻訳 (様式Bの続紙: 歯科)

その他

--

翻 訳 者 の 記 入 欄	
名前	印
住所	電話