

This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険（健康保険）の給付の申請に使用されます。

ITEMIZED RECEIPT (DENTAL)
領収明細書（歯科）

Form B
様式 B

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 診療実日数 _____ days

Localization of Teeth 部位			
Permanent Teeth 永久歯		Deciduous Teeth 乳歯	
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	
		R	e d c b a a b c d e L
			e d c b a a b c d e

1. Name of Illness 傷病名			
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	Material 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			

Date 日付 _____ Total 合計 _____

Name of Dental Surgeon 医師の氏名 _____ Signature 署名 _____

Name and Address of Dentist's Office 歯科医院の名称及び所在地 _____

様式 B (邦訳)

永久歯 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 R _____ L 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	部位 乳歯 edcba abcde R _____ L edcba abcde
--	---

傷病名

う蝕症	欠損	歯槽膿漏	その他
_____	_____	_____	_____

歯科治療	患歯部位	材料	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜髄			
抜歯			
充填			
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
有床義歯 局部義歯 総義歯			
歯槽膿漏処置			
投薬			
その他			

日付 年 月 日

合計

翻訳者の

住所 _____

氏名 _____ 

TEL _____