

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の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。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient(home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt

Form B

様式B

(1) Fee for In通al Office Visit	初 診 料	\$	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診 料	\$	
(3) Fee for Home Visit 14) Fee for Hos	往 診 院 料	\$	
pital Visit	入 管 理 料	\$	
(5) Hospitalization	入 院 費	\$	
(6) Consultation	診 察 費	\$	
(7) Operation	手 術 費	\$	
(8) Professional Nursing	職 業 護 士 線 検 費	\$	
(9) X-Ray Examinations a0 Laboratory	X 査 費	\$	
Tests*	諸 検 査 費	\$	*Please fill in the content of the
		\$	the
		\$	Laboratory Tests. * 諸検査
		\$	の内容を記入してください。
		\$	
a0 Medicines**	医 薬 費	\$	** Please fill in the name and
		\$	the amount of the prescription
		\$	of an individual medicine.
		\$	** 処方した個々の薬の名称と量を
		\$	記入してください。
		\$	
a21 Surgical Dressing a31	包 帯 費	\$	
Anesthetics a4 Operating ro	麻 酔 費	\$	
om Charge 0151 The Others	手 術 室 費 用	\$	
(Specify)	その他(特記せよ)	\$	
		\$	
		\$	
		\$	
0161 Tot	合 計	\$	Unit is
			通貨単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment. 1. e, payment for a luxurious room charge
注意: 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician 担当医の

名前及び住所 Name Last(姓)

First(名)

Title(称号)

Address Home(自宅)

Phone(電話)

Office(病院または診療所)

Phone

Date(日付)

Signature(署名)

Attending Physician

(医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号

様式B 邦訳

tiel 諸検査費の内訳.(諸検査の内容)

an 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(i51 特記事項

翻 訳 者

住 所

氏 名

電 話

Ⓜ

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 health insurance benefit.

この様式は患者の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。

2. This form should be completed and signed by the attending physician.

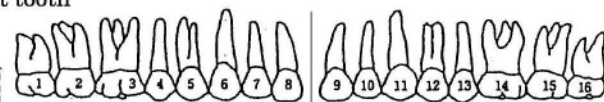
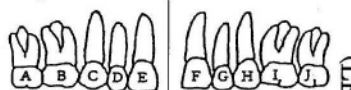
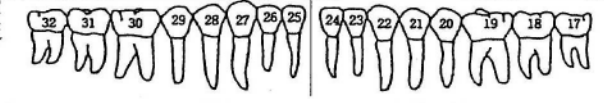
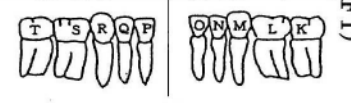
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

Form C 3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient(home visit) should be filled out.

各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

1. Name of Patient(Last, First) 患者名 _____	Age(Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
Permanent tooth		Primary tooth
(Upper) (RIGHT) 	(LEFT) 	(LEFT)
(Lower) (RIGHT) 	(LEFT) 	(LEFT)

of Treatment 治療の分類 Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
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					
Bridgework ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓)

First

Title(称号)

Address Home(自宅)

Phone(電話)

Office(病院または診療所)

Phone

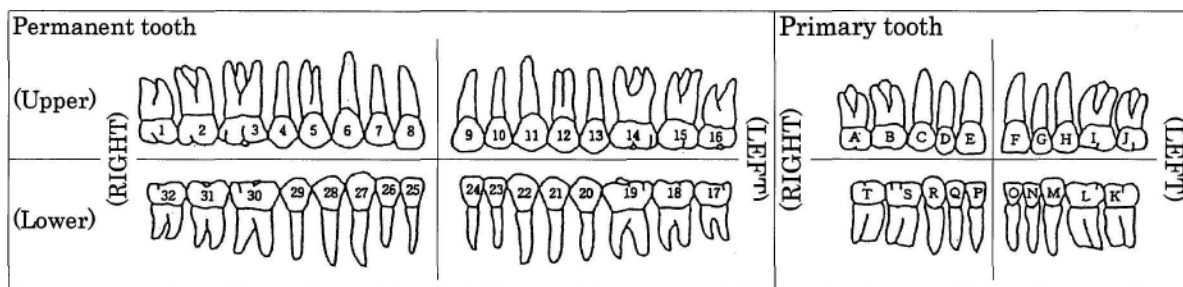
Date(日付)

Signature(署名) _____
 商医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号

様式C 邦訳



治療の分類	歯科治療	患歯部位	日付			治療費
			月	日	年	
	初診料					
	レントゲン検査					
	抜髄					
	手術					
	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					
合計						

翻訳者

住所

氏名

電話

