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

			貨幣単位
			Unit is
(14)	Total	合 計	\$
(13)	Others (specify)	その他(項目明記)	\$
(12)	Operating room charge	手術室費用	\$
(11)	Anesthetics	麻酔費	\$
(10)	Medication	医薬費	\$
(9)	Laboratory Tests	諸検査費	\$
(8)	X-ray Examinations	X線検査費	\$
(7)	Operation	手術費	\$
(6)	Consultation	診察費	\$
(5)	Hospitalization	入院費	\$
(4)	Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$
(3)	Fee for Home Visit	往診料	\$
(2)	Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$
(1)	Fee for Initial Office Visit	初診料	\$

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment in payment for a luxurious room 注意 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 : <u>Last 姓</u>	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 翠名	
Date Hall.	Signature 考名	

RECEIPT (DENTAL)

領収明細書(歯科)

領以明糾音(圏科)												
Request to Attending phys	sician											
担当医へお願い												
1.Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefi												
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。 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 mo	nth and one for hospi	talization / outpatie	ent(home visit)s	hould 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 requ	iired for prescriptions	S.										
薬材料は別に処方箋	を添付のこと。											
Permanent (疾病の名称お	よび部位)	Baby te	eth (乳歯)									
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											
Identify examined teeth :	(該当する部位を で	囲み病名をつける)										
·Cavity (C)(虫歯)		ssing teeth (F)(欠	、歯) · stomat	itis (G)(口内炎)								
· Phrrhes alveolaris (I	') (歯槽膿漏) ·ext	raction needed (Z)) (要抜歯)									
Date of First Diagnosis	Currency paid											
Days of Diagnosis and	(支払通貨)											
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	ケット冠)											
• Capping connected (₺	園冠継続歯)											
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)	Total (計)
-	
Signature of Doctor (担当医署名)	
Date (日付)	