

Itemized receipt  
領 収 明 細 書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$	
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	\$	
(3) Fee for home visit	往診料	\$	
(4) Fee for hospital visit	入院管理料	\$	
(5) Hospitalization	入院費	\$	
(6) Consultation	診察費	\$	
(7) Operation	手術費	\$	
(8) X-ray examination	X線検査費	\$	
(9) Medication	医薬費	\$	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	
(12) Others(specify)	その他(項目明記)	\$	\$
(13) Total	合 計	\$	

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., extra charge for a bed.  
注 意 : 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及び住所

Name

名前	: Last	First	Title
	姓	名	称号

Address	: Home 自宅	Phone 電話
住所	Office 病院又は診療所	Phone 電話

Date	: _____	Signature
日付		署名

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)	Baby teeth (乳歯)
8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	V I V I I I I   I I I I V V
8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	V I V I I I I   I I I I V 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"> <li>・ Cavity (C) (虫歯)</li> <li>・ missing teeth (F) (欠歯)</li> <li>・ stomatitis (G) (口内炎)</li> <li>・ Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)</li> <li>・ extraction needed (Z) (要抜歯)</li> </ul>	
Date of First Diagnosis (初診日)	Currency paid (支払通貨)
Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ 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)	Total (計)
Signature of Doctor (担当医署名)	
Date (日付)	