

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)**

<b>Request to Attending physician</b> 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><b>Separate receipt required for prescriptions.</b> 薬材料は別に処方箋を添付のこと。</p>	
<b>Permanent</b> (疾病の名称および部位)	<b>Baby teeth</b> (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	_____   _____
<b>Identify examined teeth:</b> (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>	
<b>Date of First Diagnosis</b> (初診日) _____	<b>Currency paid</b> (支払通貨)
<b>Days of Diagnosis and Treatment</b> (診療を行った実日数) _____ <b>day</b> (日間)	
<b>Office Visit Fees</b> (診断料) _____	
<b>Examination Fees</b> (検査料) _____	
<b>X-Ray Fee</b> (レントゲン) _____	
<b>Other</b> (その他) _____	
<b>Services</b> (治療した歯の部位と治療の種類)	
<b>Describe when gold or platinum was used</b> (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)	
<b>Chipped Teeth</b> (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)	
<b>Name of Hospital or Clinic</b> (病院又は診療所名称)	<b>Total</b> (計)
_____	
<b>Signature of Doctor</b> (担当医署名)	
_____	_____
<b>Date</b> (日付)	_____
_____	_____

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	⑩
住所	電話

翻訳（様式Bの続紙：歯科）

その他

翻訳者の記入欄	
名前	⑩
住所	電話