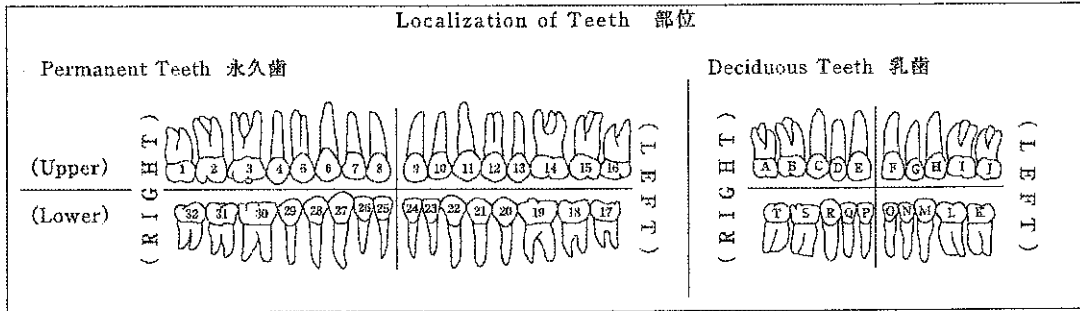


This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

ITEMIZED RECEIPT (DENTAL)
領収明細書 (歯科)

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 診療日数 _____ days



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				
Dental Treatment	Localization of Teeth Examined	Material	Fee	Date of Diagnosis and Treatment
*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 Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置				
*Medicine 投薬				
*The Others その他				

Total 合計 _____

Name of Dental Surgeon _____ Signature _____
医師の名前 署名

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

Date _____
日付