Form B-2（dental use only）様式 B-2（歯科）

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 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。
2. This form should be completed and signed by the attending physician or the superintendent of the hospital / clinic. この様式は担当医または病院の事務長が書き、署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. Separate receipt required for prescriptions.
   この用紙は、各月ごと、入院、入院外ごとにつき一枚必要です。薬材料は別に処方箋を添付してください。
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。

Itemized Rceipt（Dental） 領収明細書（歯科）

Permanent（疾病の名称および部位）

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	

Baby teeth（乳歯）

Ⅴ	Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ		Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	
Ⅴ	Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ		Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	

Identify examined teeth: （該当する部位を〇で囲み病名をつける）

- Cavity（C） 虫歯
- missing teeth（F） 欠歯
- stomatitis（G） 口内炎
- Phrrhes alveolaris（P） 歯槽膿漏
- extraction needed（Z） 要抜歯

(1) Date of First Diagnosis 初診日

(2) Days of Diagnosis and Treatment 診療を行った実日数 _____ day（日間）

(3) Office Visit Fees 診断料 $ _____

(4) Examination Fees 検査料 $ _____

(5) X-Ray fee レントゲン $ _____

(6) 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

(7) Filling 充てん $ _____

(8) Inlaying インレー又はアンレー $ _____

(9) Capping(metal) 金属冠 $ _____

(10) Jacket capping ジャケット冠 $ _____

(11) Capping connected 歯冠継続歯 $ _____

Chipped Teeth 欠損歯を補綴した場合とその部位と種類 _____

(12) Bridge ブリッジ $ _____

(13) Partial artificial teeth 局部義歯 $ _____

(14) Total artificial teeth 総義歯 $ _____

(15) Total 合計 $ _____

Unit is _____ （貨幣単価 _____ ）

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 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所: Home 自宅 _____ phone 電話 _____

Office 病院または診療所 _____ phone 電話 _____

Date 日付: _____ Signature 署名 _____

様式B-2（歯科） 翻訳

(6) その他

治療した歯の部位と治療の種類   治療材料に金、白金の使用有無

(11) 歯冠継続歯

欠損歯を補綴した場合とその部位と種類

翻 訳 者

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿