

Form A

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会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 the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form B

Itemized Receipt
領収明細書

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 social insurance benefit.
この様式は社会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 a hospital / clinic.
この様式は担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

領収明細書 (FormB 医科用)

Requests to the Attending Physician or Hospital/Clinic Manager

担当医または病院事務長へのお願い

1. Please certify this form so the patient may claim National Health Insurance benefits in Japan.
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 either the attending physician or hospital/clinic manager.
この様式は担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。
3. One form is needed for each and every inpatient or outpatient treatment visit.
各月毎、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。
4. Please specify the monetary unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。
5. If patient was provided meals while hospitalized, please write no. of times and cost on the "Others" line.
入院時に食事を提供した場合は、回数と金額をその他欄に記載してください。

Form B

Itemized Receipt

様式B

領収明細書

(1) First-time Visit Fee	初診料	_____	
(2) Follow-up Visit Fee	再診料	_____	
(3) Home Visit Fee	往診料	_____	
(4) Hospital Visit Fee	入院管理料	_____	
(5) Hospitalization	入院費	_____	
(6) Examination	診察費	_____	
(7) Operative Treatment	手術費	_____	
(8) Professional Nursing	職業看護婦費	_____	
(9) X-Ray Examination	X線検査費	_____	
(10) Laboratory Tests	諸検査費	_____	
(11) Medication	医薬費	_____	
(12) Surgical Dressing	包帯費	_____	
(13) Anesthetics	麻酔費	_____	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	_____	
(15) Others (Please Specify)	その他(項目明記)	_____	_____
	例) 食事代(回数)	_____	_____
	Ex.) Meals (x times)	_____	_____
(16) Total	合計	_____	_____

Monetary Unit is:

(貨幣単位)

Important: Exclude amounts irrelevant to treatment, such as Document Issuance Fees & Deluxe Room Charges.

注意: 高級室料、書類発行料等治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and address of attending physician or hospital/clinic manager:

担当医または病院事務長の名前及び住所

Name 名前	Last 姓	First 名	Title 称号

Address 住所	Home 自宅	Phone No. 電話	

	Office 病院または診療所	Phone No. 電話	

Date 日付	Signature 署名		
_____	_____		

領収明細書 (FormC 歯科用)

Requests to the Dental Practitioner

歯科医へのお願い

1. Please certify this form so the patient may claim National Health Insurance benefits in Japan.
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. Please write details of the patient's dental treatment.
診療内容については、詳細に記載してください。
3. 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。
4. One form is needed for every inpatient or outpatient treatment visit.
各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。
5. Please specify the monetary unit used.
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を明記ください。

Form C **ITEMIZED RECEIPT (DENTAL)**
領収明細書 (歯科)

Name of Patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth in parentheses) _____ Sex (Male /
患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ 性別 (男・女)

Date of First Diagnosis _____, _____, _____ Duration of Treatment _____ days
初診日 _____ 診療日数 _____ (日間)

Location of Teeth (部位)																															
Permanent Teeth (永久歯)							Primary Teeth (乳歯)																								
R	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V	L
R	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V	L

1. Condition 症病名
 ・cavity (C) (虫歯) ・missing tooth (F) (欠歯) ・mouth sore (G) (口内炎)
 ・pyorrhea alveolaris (P) (歯槽膿漏) ・extraction needed (Z) (要拔牙)

2. Dental Treatment 歯科治療	Location(s) of Teeth Examined 患者部位	Material Used 材料	Fee 治療費
・First-time Visit Fee 初診料			
・X-Ray Examination レントゲン検査			
・Pulpectomy 抜髄			
・Extraction 拔牙			
・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 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			
・Medication 投薬			
・Others (Please Specify) その他			

Monetary Unit is: _____ 貨幣単位 Total 合計 _____

Name and Address of Dental Practitioner: _____ 歯科医師の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____

Name of Hospital or Clinic (病院または診療所名) _____

Address 住所 _____ Phone No. 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____