

**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.  
この用紙は、患者の国民健康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 the hospital/clinic.  
この用紙は、担当医師が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/out patient(home visit)should be filled out.  
この用紙は、毎月ごと、入院・入院外ごとに付き一枚必要です。
4. Separate receipt required for prescription.  
薬材料等の別紙領収明細書には、処方箋の添付が必要です。
5. If not in dollars, please specify the unit used.  
ドル以外の場合は、使用通貨を明記してください。

**Form B-2 Itemized Receipt (Dental) 領収明細書 (歯科)**

《Identify examined teeth.》 病名と部位

Permanent teeth (永久歯)

Baby teeth (乳歯)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V

- \*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

《Services》 治療の種類と部位

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。 (Unit is ) 通貨

	region	\$		region	\$
* Filling 充填	_____	_____	* Total artificial teeth 総義歯	_____	_____
* Inlaying インレー・アンレー	_____	_____	Others (Specify) その他項目明記		
* Capping (metal) 金属冠	_____	_____	① [ _____ ]	_____	_____
* Jacket capping ジャケット冠	_____	_____	② [ _____ ]	_____	_____
* Capping Connected 歯冠継続歯	_____	_____	③ [ _____ ]	_____	_____
* Cheppet teeth 欠損歯補綴	_____	_____	④ [ _____ ]	_____	_____
* Bridge 局部義歯	_____	_____	⑤ [ _____ ]	_____	_____
* Partial artificial teeth	_____	_____			

Total 合計

**Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic**

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 電話 \_\_\_\_\_

Office 病院または診療所 \_\_\_\_\_ phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ D/ M/ Y \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_