

## Request to Attending Dentist

担当医へのお願い

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 dentist.  
この様式は担当医が記入し、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.  
月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

## Attending Dentist's Statement

### 歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者氏名 \_\_\_\_\_ Age(Date of Birth) 年齢(生年月日) \_\_\_\_\_ Sex(Male・Female) 性別(男・女) \_\_\_\_\_

Date of First Diagnosis(初診日) : D(日) / M(月) / Y(年) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Duration of Treatment(診療日数) : \_\_\_\_\_ days(日)

Permanent tooth 永久歯		Primary tooth 乳歯	
(Upper) 上歯	(RIGHT) (LEFT)	(Upper) 上歯	(RIGHT) (LEFT)
(Lower) 下歯	(RIGHT) (LEFT)	(Lower) 下歯	(RIGHT) (LEFT)
右	左	右	左

  

Tooth No. Or Letter 齒列番号 又は記号	Description of Service 治療内容 (Including X-Rays, Prophylaxis, Materials used, etc.) (エックス線、予防処置、治療材料等を含む)	Date			Amount 金額
		DA. (日)	MO. (月)	YR. (年)	
Total Amount 合計					

Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか? Yes  No   
はい いいえ

Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Dentist : Form B  
治療実費 様式B

Name and Address of Attending Dentist

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付 : \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

Attending Dentist 担当医  
Reference Number of your Medical Record (if applicable)  
診療録の番号 \_\_\_\_\_