

海外診療報酬(歯科)明細書

Request to Attending Dentist

歯科医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending dentist.
この様式は歯科医が書き、かつ署名して下さい。
- 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、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement

診療内容明細書

- Name of Patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male・Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女)
- Date of First Diagnosis: _____, 20____
初診日
- Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数 _____ 日間

Itemized Receipt

領収明細書

IDENTIFY MISSING TEETH WITH 'X' FACIAL 7 8 9 10 11 4 5 6 3 2 1 D E F G H I J C B A LINGUAL 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 UPPER RIGHT LOWER PRIMARY LEFT T 17 S 18 R 19 Q P O N M 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 K L LINGUAL FACIAL	TOOTH # OR LETTER	NAME OF ILLNESS 傷病名	SURFACE 治療面	DESCRIPTION OF SERVICE (INCLUDING X-RAYS, PROPHYLAXIS, MATERIALS USED ETC.) 処置内容(X線写真, 予防処置, 使用材料等を含む。)	DATE SERVICE PERFORMED MO. DAY YEAR 治療日	FEE
					1.	
				2.		
				3.		
				4.		
				5.		
				6.		
				7.		
				8.		
				9.		
				10.		
				11.		
				12.		
				13.		
				14.		
				15.		

Description of Services (If Other Than Above)
上記以外の処置

TOTAL FEE
合計

Name and Address of Attending Dentist
歯科医の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Dentist 歯科医

Reference Number of your Dental Record (if applicable)
診療録の番号 _____

■ 邦 訳

傷病名	処置内容（X線写真・予防処置・使用材料等を含む。）
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.
	11.
	12.
	13.
	14.
	15.

■ 邦 訳

上記以外の処置

邦 訳 者	
氏 名	
住 所	TEL. ()

私立学校教職員共済法施行規則第5条4項により証拠書類が日本語で作成されていないものであるときは当該証拠書類に日本語の翻訳文を添えなければならない。