Request to Attending Physician
担当医へのお願い

This form is used claiming the health insurance benefit.
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT
歯科診療内容明細書

Name of patient (Last, First) 患者名 ______ Age (Date of Birth) 年令(生年月日) ______ Sex (Male・Female) 性別(男・女) ______

Initial Office Visit 初診日 ______ Days of Services 診療日数 ______ days

Tooth Number歯式

Permanent Tooth 永久歯

	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	
R.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L.
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	

Primary Tooth 乳歯

	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J	
R.	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L.
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K	

Tooth No. of Letter	Description of Service (Including X-Rays, Prophylxis, Materials used. ETO.)	Date Mo.	DA.	YR.	Amount
				Total Amount	

Name and Address of Attending Physican
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 Physician (担当医)

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 ______

Itemized　Receipt
領収明細書

（１）Fee for Initial Office Visit	初診料	$	
（２）Fee for Follow-up Office Visit	再診料	$	
（３）Fee for Home Visit	往診料	$	
（４）Fee For Hospital Visit	入院管理料	$	
（５）Hospitalization	入院費	$	
（６）Consultation	診察費	$	
（７）Operation	手術費	$	
（８）Professional　Nursing	職業看護師費	$	
（９）X-RayExaminations	X線検査費	$	
(10) Laboratory　Tests	諸検査費	$	
(11) Medicines	医薬費	$	
(12) Surgical Dressing	包帯費	$	
(13) Anesthetics	麻酔費	$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	$	
(15) The Others (Specify)	その他(特記せよ)	$	$
		$	$
(16) Total	合計	$	Unit is 通貨単位

Important ： Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e,payment for luxurious room charge.
注　意　：高級室料等、治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician
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 Physician (担当医)

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 ______________