1. This form is used for claiming the social insurance benefit.

（この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。）

2. This form should be completed and signed by the attending dentist.

　　（この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。）

3. One form for each month,one form for hospitalization/outpatient and home visit.

（各月毎、入院・入院外毎に付この様式１枚が必要です。）

Form Ｃ

（様式　Ｃ）

**Attending Dentist’s Statement**

**（歯科診療内容明細書）**

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（初診日）: 　　　　　　　　　 , 20

Days of Diagnosis and Treatment（診療日数）: days

 Permanent tooth Primary tooth

(RIGHT) 　Upper (LEFT) (RIGHT) 　 Upper (LEFT)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |  | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
| 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18 | 17 |  | T | S | R | Q | P | O | N | M | L | K |

 　 Lower 　 Lower

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tooth No.or Letter | Description of Service(Including X-Rays, Prophylaxis, Materials used, ETC.) | Date | Amount |
| MO. | DA. | YR. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Total Amount  |  |

Name and Address of Attending Dentist（担当医の名前および住所）

Name（名前） Last（姓） First（名）

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)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（診療記録の番号）

**歯科診療内容明細書（翻訳文）**

様式 Ｃ’

患者名　　　　　　　　　 　　年齢（　　 　　）昭・平　　　年 　　月　　　日（性別）男・女

初診日　　　平成　　　年　　　月　　　日

診療日数　　　　　　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 歯式 No. | 診　療　内　容　記　載　欄（レントゲン撮影・予防治療・使用材料等） | 年月日 | 金額 |
| 月 | 日 | 年 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合　計　金　額　 |  |

担当医の名前及び住所

　　　名前

　　　住所（病院又は診療所）

住所

　　　　　　　　氏名

翻訳者の