

**Request to Attending Physician  
担当医へのお願い**

- 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 physician.  
この様式は担当医が書き、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・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

翻訳者

氏明 <b>大発 太郎</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">大発</span>
住所 *****-*****-*****, <b>Jakarta, INDONESIA</b> Tel. <b>+62-***-****-****</b>

**ITIMIZED RECEIPT (DENTAL)  
領収明細書(歯科)**

Name of Patient (Last, First) \_\_\_\_\_ Age (Date of Birth) \_\_\_\_\_ Sex (Male · Female )  
受診者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)

Date of First Diagnosis: \_\_\_\_\_ Days of Diagnosis and Treatment: \_\_\_\_\_ days  
初診日 診療日数 日間

Localization of Teeth 部位	
Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯
R 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 L	R e d c b a   a b c d e L
8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	e d c b a   a b c d e

1. Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕症 _____	2. Missing Teeth 欠損 _____	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏 _____	4. The Others その他 _____

2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患術部位	Material 材料	Fee 治療費
*Initial Office Visit 初診料			
*X-Ray Examination レントゲン検査			
*Dental Pulp Extirpation 歯髓の摘出			
*Extraction 抜歯			
*Filling 充填			
*Inlay インレー			
*Metal Crown 金属冠			
*Post Crown 継続歯			
*Jacket Crown ジャケット冠			
*Bridge Work ブリッジ			
*Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
*Treat of 歯槽膿漏処置 Pyorrhea Alveolaris			
*Medicine 投薬			
*The Others その他			

Total 合計 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_