详细收据清单（牙科）
領収明細書(歯科)

致主治医师
担当医へお願い

1.**本表格是患者用于申请国民健康保险给付的必要资料，请协助填写证明。**
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.**本表格请由主治医师填写，并请署名。**
この様式は担当医が記入し、署名してください。

3.**每个月份的每次住院及门诊，都需要一张本表格。**
各月毎、入院・入院外毎に、この様式 1 枚が必要です。
药材费用请另附单独处方。
薬材料は別に処方箋を添付のこと。

疾病名称及部位（疾病の名称および部位）

８７６５４３２１	１２３４５６７８
８７６５４３２１	１２３４５６７８

乳牙（乳歯）

ⅤⅣⅢⅡⅠ	ⅠⅡⅢⅣⅤ
ⅤⅣⅢⅡⅠ	ⅠⅡⅢⅣⅤ

请在符合处画上圈：（該当する部位を○で囲み病名をつける）

・**龋齿**（C）（虫歯）　・**缺牙**（F）（欠歯）　・**口腔炎**（G）（口内炎）
・**牙槽脓肿**（P）（歯槽膿漏）　・**要拔牙**（Z）(要抜歯)

初诊日(初診日)	_____	**支付货币**（支払通貨）
实际治疗天数(診療を行った実日数)	_____**天**(日間)	
诊断费(診断料)	_____	
检查费 (検査料)	_____	_____
X-光费(レントゲン)	_____	
其他(その他)	_____	_____

治疗牙齿的部位及治疗种类（治療した歯の部位と治療の種類）	
治疗材料使用了金及白金时请注明(治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)	
・**填充**（充てん）	
・**镶嵌**（インレー又はアンレー）	
・**金属冠**（metal）（金属冠）	
・**牙套**（ジャケット冠）	
・**装接假牙**（歯冠継続歯）	
缺损牙齿（欠損歯を補綴した場合その部位と種類） ・**牙桥**（ブリッジ）	
・**局部义齿**（局部義歯）	
・**全口义齿**（総義歯）	

医院或诊所名称（病院又は診療所名称） _____	**总额**（計）
主治医师署名（担当医署名） _____	_____
日期（日付） _____	