

For claiming health insurance benefits  
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

患者名

	Material ( 使用材料 )	Fee ( 料金 )
1)Examination/Consultation(診察)		
2)X-Rays(レントゲン)		
3)Prophylaxis/Scaling (歯石除去・研磨)		
4)Extraction(抜歯)		
5)Root Canal Therapy(根管治療)		
6)Crowns(冠)	1. Gold(金)	
	2. Porcelain (ポーセレン)	
	3. Plastic(硬質レジン)	
	4. Stainless Steel (金銀パラジウム)	
	5.	
7)Bridges (ブリッジ)	1. Porcelain/Gold (ポーセレンと金)	
	2. Plastic/Gold (硬質レジンと金)	
	3.	
8)Dentures(義歯)	1. Ordinary/Acrylic (アクリル・レジン床)	
	2. Chrome (クロム・金属床)	
9)Orthodontic Treatment(矯正治療)		
10)Other(その他)		
	Total (合計)	

Name and Address of Dentist / Office

歯科医師の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地

\_\_\_\_\_

Date

日付

Signature

署名

\_\_\_\_\_