

(診療録の番号)

Itemized Receipt (DENTAL)

領 収 明 細 書 (歯科)

Name of Patient 受診者名 _____ Age 年齢 _____ Sex (Male Female) 性別 _____
Date of First Diagnosis _____ Days of Diagnosis and Treatment _____
初診日 _____ 診断日数 _____ days

Localization of Teeth 部位															
Permanent Teeth 永久歯								Deciduous Teeth 乳歯							
R 8 7 6 5 4 3 2 1								L 1 2 3 4 5 6 7 8							
8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8							

1. Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries	2. Missing Teeth 欠 損	3. Pyorrhea 歯槽膿漏	4. The Others その他
2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 診療部位	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			
*Extrzcion 抜歯			
*Filling			
*Inlay インレー			
*Metal Crown 金属冠			
*Post Crown			
*Jacket Crown ジャケット冠			
*Bridge Work ブリッジ			
*Plate Denture Partial Denture Complete Denture			
*Treatment of Pyorrhea Alveolaris			
*Medicine 服薬			
*The Others その他			

Name of Dental Surgeon _____ Total 合計 _____
医 師 氏 名 署名 _____
Name and Address of Dentists Office
歯科医院の名称及び所在地 _____

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日 _____ 年 ____ 月 ____ 日
- ・ Starting date of medication Year _____ Month ____ Day ____

- ・ 患者
 (患者名) _____
 (住所) _____
 (生年月日) _____ 年 ____ 月 ____ 日

- ・ Patient
 (Name of patient) _____
 (Address) _____
 (Date of birth) Year _____ Month ____ Day ____

東部ゴム健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、東部ゴム健康保険組合が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを東部ゴム健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: ToubuGomu Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize ToubuGomu Health Insurance Society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) _____ 印
(住所) _____
(日付) _____ 年 ____ 月 ____ 日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から 12 ヶ月間です。

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year _____ Month ____ Day ____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 12 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.