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

- 1. 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。
- 2. This form should be completed and signed by the attending physician. この様式は担当医が書き、かつ署名をして下さい。
- 3. 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。

Form C	
(様式C)	

# Attending Dentist's Statement (歯科診療内容明細書)

Name of pa (患者名 <u>)</u>	tient (Last, First)	Age(Date of Birth) Sex(Male・Female) 年令(生年月日) 性別(男・女)
Date of Firs	st Diagnosis(初診日) <u>:</u>	20
Days of Dia	gnosis and Treatment	(診療日数):days
Permanent tooth (Upper) (LH5)	1 2 3 4 5 6 7	Primary tooth
(Lower)	32 31 (30 29 28 27)2	625 24/23/22/21/20/19/18/17 E T S R Q P O N M L K
Tooth No. or Letter		scription of Service Prophylaxis. Materials used. ETC.)  Date MO. DA. YR.  Amount
		Total Amount
Nam	e and Address of Atter	nding Dentist
(担当日	医の名前及び住所)	
Nam	e <u>: Last (姓)</u>	First(名)
Addr	ess <u>: Home(</u> 自宅)	Phone
	_ Office(病院又は診	療所) Phone
Date	<u>:</u>	Signature(署名)
		Attending Dentist(担当医)
		D. C Nov. 1
		Reference Number of your Medical Record (if applicable)
		(診療録の番号)

# Itemized Receipt (DENTAL)

領収明細書(歯科)

Name of Patient 受診者名 Date of First Diagnosis	<u></u>	Age 年令 Sex(Male Female)性別 Days of Diagnosis and Treatment					
初診日	·	Days of Diagnosis and Treatment診断日数days					
Permanent Tee		on of Teeth   部 Decid	3位 luous Teeth	乳菌			
1. Name of Illness 傷病名 1. Dental Caries			orrhea <b></b>		Others の他		
2. Dental Treatment	Localization of	M	aterial	Fee			
	Teeth Examined		材料				
*Initial Office Visit 初診料							
*X-Ray Examination レントゲン検査							
*Dental Pulp Extirpation							
*Extrzcrion 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 医師氏名			Total Signature 署名	合計			
Name and Address of Der 歯科医院の名称及び所							

## <u>調査に関わる同意書</u> Agreement of Authorization

· 治療開始日年年	月日			
• Starting date of medication	Year	Month	Day	
・患者				
(患者名)				
(住所)			•	
(生年月日)年月				
· Patient				
(Name of patient)				
(Address)				
(Date of birth) Year				
東部ゴム健康保険組合 御中				
私(療養を受けた者)、	は、	東部ゴム健康的	<b>呆険組合が、</b> 浴	毎外療養費申請書
類にある事実(療養行為を行った	:日時、場所	、療養内容)を	一確認するため	り、申請書類の携
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	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、パスホ	ポートのコピ	ーが必要となる	場合には、ノ	ペスポートを東部
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.

												-
	の関係) 意書の有							人 ·	その	他〔		)
(Signat	ture)											
(Addre	ss)											
(Date)	Year		Month	1	Day_							
Relation	n to the	insure	d) : Self	· (	Guardia	ın ·	Heir		· Ot	her		
% This	agreem	ent of	authori	zatio	n ovni	iros 19	mont	h afta	or the	sionad	data	

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.