

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

- Please fill in this form so that patient may claim the socila 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記入し、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、この様式1枚が必要です。
- Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.,payment for a luxurious room charge.  
高級室料等、治療に直接関係ないものは除いて下さい。

## Attending Physician's Statement &amp; Itemized Receipt 診療内容明細書兼領収明細書(歯科)

Name of Patient 患者名	7ARO.KENPO	Date of Birth 生年月日	12/11/1967	Sex 性別	<input checked="" type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Initial Office Visit 初診日	3/5/2020	Month of Services 診療月	5	Days of Services 診療日数	3	days 日間
Type of Treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Outpatient or home visit 入院外 <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院					
Day of Services 診療日	1 2 ③ 4 5 6 7 8 9 10 11 12 ③ 14 15 16 17 18 19 20 21 22 ② 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
Localization of Tooth 部位	Permanent Tooth 永久歯 R 8 7 6 5 ④ 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 L			Deciduous Tooth 乳歯 R E D C B A   A B C D E L		
Name of Illness 傷病名	① Dental Caries 2. Missing Tooth 3. Periodontal Diseases 4. The Others ( ) う触症 欠損 歯周病 その他					

Dental Treatment 歯科治療		Medical treatment contents 診療内容 <input checked="" type="checkbox"/> supplement 補足	Material 材料	Fee 治療費
Initial Office Visit	初診料	<input checked="" type="checkbox"/>		200
Examination	診察	<input checked="" type="checkbox"/>		600
X - Ray Examination	X線検査	<input checked="" type="checkbox"/>		600
Dental Pulp Extirpation	抜髄	<input checked="" type="checkbox"/>		9000
Operation	手術	<input type="checkbox"/>		
Extraction	拔牙	<input type="checkbox"/>		
Prophylaxies / Scaling	歯石/除去	<input type="checkbox"/>		
Treatment of Pyorrhea Alveolaris	歯槽膿漏処置	<input type="checkbox"/>		
Medicine	投薬	<input type="checkbox"/>		
Filling	充填	<input checked="" type="checkbox"/>	Composite resin	2000
Inlay	インレー	<input checked="" type="checkbox"/>	REMOVE INLAY Palladium	2000
Onlay	アンレー	<input type="checkbox"/>		
Metal Crown	金属冠	<input type="checkbox"/>		
Post Crown	継続歯	<input type="checkbox"/>		
Jacket Crown	ジャケット冠	<input type="checkbox"/>		
Bridge Work	ブリッジ	<input type="checkbox"/>		
Partial Denture	局部義歯	<input type="checkbox"/>		
Complete Denture	総義歯	<input type="checkbox"/>		
The Others	その他	<input type="checkbox"/>	If you choose other, please be sure to fill in the contents 他を選んだ場合は内容を必ず記入	
If not in dollars, please specify the unit used. → ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。		Unit is 貨幣単位	Baht	Total Fee 14400

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地

10 ซ. สุขุมวิท 100 แขวงคลองตันเหนือเขตวัฒนา อานาโกะเดนท์

Date 月日	Signature 署名	Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号
23/5/2020	อานาโกะปร ะกันสุขภาพ	12345678

## 邦 訳

申請者の方へ

1. 医師の記入がある場合は必ず和訳をつけて下さい。
2. 治療に使用した材料の未記入がないかご確認下さい。
3. 使用した材料は具体的にどのようなものか訳して下さい。

\*申請書に記入漏れがあった場合は、返戻し再提出していただくことがありますので、ご注意ください。

Name of Illness 傷病名	① Dental Caries う触症	2. Missing Tooth 欠損	3. Periodontal Diseases 歯周病	4. The Others ( ) その他
------------------------	------------------------	------------------------	--------------------------------	--------------------------

Dental Treatment 歯科治療		Medical treatment contents 診療内容		Material 材料	Fee 治療費
		<input checked="" type="checkbox"/> supplement 補足			
Initial Office Visit	初診料	<input checked="" type="checkbox"/>			200
Examination	診察	<input checked="" type="checkbox"/>			600
X - Ray Examination	X線検査	<input checked="" type="checkbox"/>			600
Dental Pulp Extirpation	抜髄	<input checked="" type="checkbox"/>			9000
Operation	手術	<input type="checkbox"/>			
Extraction	抜歯	<input type="checkbox"/>			
Prophylaxies / Scaling	歯石/除去	<input type="checkbox"/>			
Treatment of Pyorrhea Alveolaris	歯槽膿漏処置	<input type="checkbox"/>			
Medicine	投薬	<input type="checkbox"/>			
Filling	充填	<input checked="" type="checkbox"/>		コンポレットレジン	2000
Inlay	インレー	<input checked="" type="checkbox"/>	詰め物削除	パラジウム	2000
Onlay	アンレー	<input type="checkbox"/>			
Metal Crown	金属冠	<input type="checkbox"/>			
Post Crown	継続歯	<input type="checkbox"/>			
Jacket Crown	ジャケット冠	<input type="checkbox"/>			
Bridge Work	ブリッジ	<input type="checkbox"/>			
Partial Denture	局部義歯	<input type="checkbox"/>			
Complete Denture	総義歯	<input type="checkbox"/>			
The Others	その他	<input type="checkbox"/>	If you choose other, please be sure to fill in the contents その他を選んだ場合は内容を必ず記入		
If not in dollars, please specify the unit used. ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。		Unit is 貨幣単位	パーツ	Total Fee	14400

翻訳者記入欄	
名前	組合 次郎 
住所	10 Sukhumvit 100 Alley, Khwaeng Khlong Tan Nuea, Khet Watthana, Krung Thep Maha Nakhon 電話 + (66)(0)123456789

(領収書原本貼付用)

10 ซ. สุขุมวิท 100 แขวงคลองตันเหนือเขตวัฒนา  
 อานาโกะเดนทอลล์คลินิก

**RECEIPT**

NAME TARO. KENPO DATE 23/5/2020  
 Reference Number 12345678

Description	Amount
Initial Office Visit	
Examination	200
X - Ray Examination	
Dental Pulp Extirpation	
Filling	2000
REMOVE MLLAY	
toothbrush	100
<b>TOTAL</b>	<b>2300</b>

<u>Dr. N. S. S. S.</u>	<u>S1234</u>	<u>chann</u>
Doctor	LicenceNO	Cashier

ขอบคุณมาก • Thank You Very Much • ありがとうございます

10 ซ. สุขุมวิท 100 แขวงคลองตันเหนือเขตวัฒนา  
 อานาโกะเดนทอลล์คลินิก

**RECEIPT**

NAME TARO. KENPO DATE 13/5/2020  
 Reference Number 12345678

Description	Amount
Initial Office Visit	
Examination	200
X - Ray Examination	400
Dental Pulp Extirpation	7000
Filling	
REMOVE MLLAY	2000
<b>TOTAL</b>	<b>9600</b>

<u>Dr. N. S. S. S.</u>	<u>S1234</u>	<u>chann</u>
Doctor	LicenceNO	Cashier

ขอบคุณมาก • Thank You Very Much • ありがとうございます

10 ซ. สุขุมวิท 100 แขวงคลองตันเหนือเขตวัฒนา  
 อานาโกะเดนทอลล์คลินิก

**RECEIPT**

NAME TARO. KENPO DATE 3/5/2020  
 Reference Number 12345678

Description	Amount
Initial Office Visit	200
Examination	200
X - Ray Examination	200
Dental Pulp Extirpation	2000
Filling	
REMOVE MLLAY	
<b>TOTAL</b>	<b>2600</b>

<u>Dr. N. S. S. S.</u>	<u>S1234</u>	<u>chann</u>
Doctor	LicenceNO	Cashier

ขอบคุณมาก • Thank You Very Much • ありがとうございます

診療内容明細書と領収証の合計金額が異なる場合、その理由と金額をご記入下さい。

	合計金額
診療内容明細書	14400
領収証	14500
差額	-100

差額	理由
100	医者おすすめの歯ブラシを購入

(パスポート写貼付用)



欄

**\* 診療を受けた期間に診療を受けた現地にいたことがわかる  
 日本出国スタンプと現地到着スタンプ(日本に帰国している場合は入国日)に〇印をし  
 以下に出国・入国年月日をご記入下さい。**

日本出国日	現地到着日	日本入国日
2020/3/1	2020/3/1	/ /