1.This form for claiming the social insurance benefit.
（この様式は社会保険の給付申請に使用されます。）

2.This form should be complered and signed by the attending dentist.
（この様式は担当医が書き、かつ署名してください。）

Form C
（様式 C）

3.One form for each one form for hospitalization / outpatient and home visit.
（各月毎、入院・入院外毎に付この様式１様が必要です。）

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

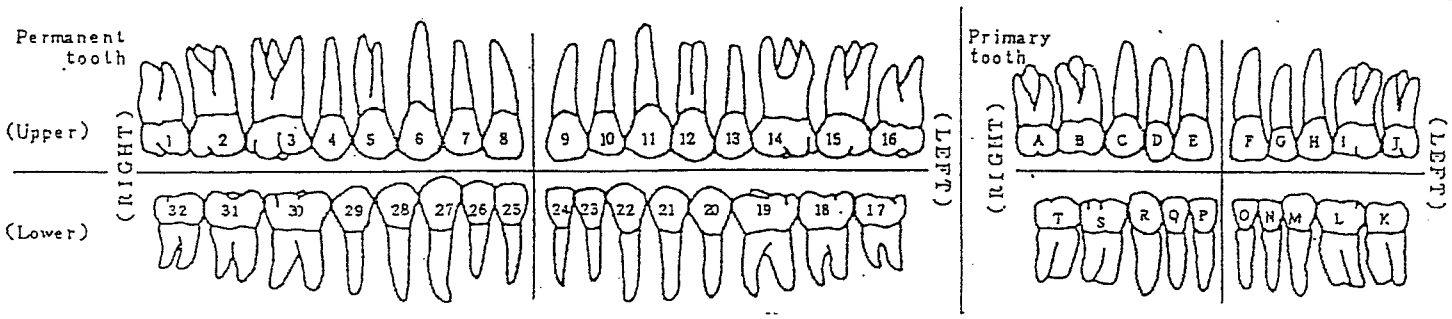
Name of patient (Last, First)
（患者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Age (Date of Birth)
年齢（生年月日）＿＿＿＿＿＿

Sex (Male・Female)
性別（男・女）

Date of First Diagnosis（初診日）：＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿

Days of Diagnosis and Treatment（診療日数）：＿＿＿＿＿＿ days



Tooth No. of Letter	Description of Service (Including X-Rays,Prophylaxis,Materials used.ETC)	Date MO.	Date DA.	Date YR.	Amount
	Total Amount				

Name and Address of Attending Dentist（担当医の名前及び住所）

Name : Last（姓）＿＿＿＿＿＿＿＿ First（名）＿＿＿＿＿＿＿＿

Address : Home（自宅）＿＿＿＿＿＿＿＿ Phone ＿＿＿＿＿＿＿＿

Office（病院又は診療所）＿＿＿＿＿＿＿＿ Phone ＿＿＿＿＿＿＿＿

Date : ＿＿＿＿＿＿＿＿ Signature（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿

Attending Dentist（担当医）

Reference Number of your Medical Record (if appricable)
（診療録の番号）＿＿＿＿＿＿＿＿