

Japanese Affiliate:



**Prestige International (s) Pte Ltd**

583 Orchard Road  
#09-03 Forum  
Singapore 238884

**Tax Invoice No: B190253**

**Date:** 30/09/25

**Patient Ref:**      **Mr Shin Sato**

For Professional Services:

Date	Description	Tooth No.	Amount
02/09/25	Consultation		30.00
02/09/25	Notes		15.00
	Certificate		
02/09/25	Notes		70.00
	Denture Adjustment		
		Sub-Total	\$115.00
		9% GST	\$10.35
		Total	\$125.35

*S. Lalo*

**Fees include GST**

改定日:2016年4月1日

## &lt;健康保険組合・保険会社・勤務先企業 御中&gt;

私および扶養家族は、当該治療に関する健康保険組合、保険会社、勤務先企業（以下、健康保険組合等という）への治療費請求を、私を治療した医療機関・医師、ならびに株式会社プレステージ・インターナショナルに委任します。

また、私および扶養家族を治療したすべての医療関係者が私および扶養家族のすべての治療記録を、株式会社プレステージ・インターナショナルを通じて健康保険組合等へ提供すること、ならびに健康保険組合等から私が治療を受けた海外の医療機関等に文書等により当申請内容を照会することに同意します。

■被保険者(受診者)番号: 10-0142703 ■医療機関名: NIHON DENTAL CENTER

■受診者氏名(ローマ字): Shin Sato (男/女) 生年月日: 9 Jan 1960

■会社名: PENTA-OCEAN CONSTRUCTION CO LTD

■医療費用(現地通貨): SGD

■発病又は負傷年月日:     /    /     ■受診年月日: 02 SEP 2025

■療養給付を受けられなかった理由: 海外赴任のため

■疾病又は傷害の内容(傷病が第三者の行為によるものであるときにはその事実並びに第三者の住所氏名)

■現地住所: 3 Jervois Close #08-07 One Jervois (S)249099

■電話: 9632-6192

■被保険者(従業員)署名(直筆):

佐藤 慎

療養費申請ならびに受領を受任いたしました。  
〒102-0083 東京都千代田区麹町 2-4-1  
株式会社プレステージ・インターナショナル

## ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (担当医師記入欄)

1. Name of patient Shin Sato Age (Date of birth) 9 Jan 1960 Sex (M / F)

2. Diagnosis 167 MT

3. Date of symptom first appeared (     /    /     )

4. Date of first visit for this condition ( 08 AUG 2025 )

5. Type of treatment and date of service

☐ Hospitalization: From (     /    /     ) to (     /    /     ) (      days)

☒ Outpatient or home visit ( 02 SEP 2025 ) (     /    /     ) (     /    /     ) (     /    /     )

6. Prescription, operation and any other treatment

7. Any other disease or infirmity affecting present condition?

Yes / No

8. Any known past treatment for this sickness / injury before?

Yes / No

9. Is this symptom related to dental disease or pregnancy / miscarriage?

Yes / No

10. Continuous treatment for chronic disease?

Yes / No

11. Itemized amounts paid to hospital and/or attending physician

(1) Consultation & treatment 100.00

(2) Hospitalization     

(3) Operation     

(4) Laboratory tests     

(5) Medicines     

(6) Others (specify) Certificate 15.00

Total 125.35

GST 10.35

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.

12. Name and address of attending physician / superintendent of hospital or clinic

Name: AKIYAMA (秋山) Isuma (逸馬)

Address:     

Date: 02 SEP 2025

Signature:     

ASIA HEALTHCARE DENTAL CENTRE  
(NIHON DENTAL CENTER Japanese Division)  
435 ORCHARD ROAD #15-02/03  
WISMA ATRIA OFFICE TOWER  
SINGAPORE 238877  
TEL: 6474 0060



**ASIA HEALTHCARE**  
DENTAL CENTRE

Japanese Affiliate:



**Prestige International (s) Pte Ltd**

583 Orchard Road

#09-03 Forum

Singapore 238884

**Tax Invoice No: A190669**

**Date: 30/09/25**

**Patient Ref: Mr Shin Sato**

For Professional Services:

Date	Description	Tooth No.	Amount
11/09/25	Consultation		30.00
11/09/25	Notes		15.00
	Certificate		
11/09/25	Notes		70.00
	Denture Adjustment		
Sub-Total			\$115.00
9% GST			\$10.35
Total			\$125.35

**Fees include GST**



改定日: 2016 年 4 月 1 日

## &lt;健康保険組合・保険会社・勤務先企業 御中&gt;

私および扶養家族は、当該治療に関する健康保険組合、保険会社、勤務先企業（以下、健康保険組合等という）への治療費請求を、私を治療した医療機関・医師、ならびに株式会社プレステージ・インターナショナルに委任します。

また、私および扶養家族を治療したすべての医療関係者が私および扶養家族のすべての治療記録を、株式会社プレステージ・インターナショナルを通じて健康保険組合等へ提供すること、ならびに健康保険組合等から私が治療を受けた海外の医療機関等に文書等により当申請内容を照会することに同意します。

■被保険者(受診者)番号: 10-0142703 ■医療機関名: NIHON DENTAL CENTER

■受診者氏名(ローマ字): Shin Sato (男/女) 生年月日: 9 Jan 1960

■会社名: PENTA-OCEAN CONSTRUCTION CO LTD

■医療費用(現地通貨): SGD

■発病又は負傷年月日: / / ■受診年月日: 11 SEP 2025 / /

■療養給付を受けられなかった理由: 海外赴任のため

■疾病又は傷害の内容(傷病が第三者の行為によるものであるときにはその事実並びに第三者の住所氏名)

■現地住所: 3 Jervois Close #08-07 One Jervois (S)249099

■電話: 9632-6192

■被保険者(従業員)署名(直筆): 佐藤 慎

療養費申請ならびに受領を受任いたしました。  
〒102-0083 東京都千代田区麹町 2-4-1  
株式会社プレステージ・インターナショナル

## ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (担当医師記入欄)

1. Name of patient Shin Sato Age (Date of birth) 9 Jan 1960 Sex (M/F) M

2. Diagnosis 167 MT

3. Date of symptom first appeared ( / / )

4. Date of first visit for this condition ( 08 AUG 2025 )

5. Type of treatment and date of service

☐ Hospitalization: From ( / / ) to ( / / ) ( / / ) days

☒ Outpatient or home visit ( 11 SEP 2025 ) ( / / ) ( / / ) ( / / )

6. Prescription, operation and any other treatment

7. Any other disease or infirmity affecting present condition? Yes / No

8. Any known past treatment for this sickness / injury before? Yes / No

9. Is this symptom related to dental disease or pregnancy / miscarriage? Yes / No

10. Continuous treatment for chronic disease? Yes / No

11. Itemized amounts paid to hospital and/or attending physician

(1) Consultation & treatment 100.00

(2) Hospitalization

(3) Operation

(4) Laboratory tests

(5) Medicines

(6) Others (specify) Certificate 15.00

Total 125.35

GST 10.35

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I.E., payment for a luxurious room charge.

12. Name and address of attending physician / superintendent of hospital or clinic

Name: AKIYAMA (秋山) Itsuma (逸馬)

Address:

ASIA HEALTHCARE DENTAL CENTRE  
(NIHON DENTAL CENTER Japanese Division)  
435 ORCHARD ROAD #15-02/03  
WISMA ATRIA OFFICE TOWER  
SINGAPORE 238877  
TEL: 6474 0060

Date: 11 SEP 2025

Signature: [Signature]



**ASIA HEALTHCARE**  
DENTAL CENTRE

RECEIVED - 2 OCT 2025  
**AN AMALGAM - FREE PRACTICE**

Japanese Affiliate:



**Prestige International (s) Pte Ltd**

583 Orchard Road  
#09-03 Forum  
Singapore 238884

**Tax Invoice No: C191296**

**Date: 30/09/25**

**Patient Ref: Mr Shinta Takeshita**

For Professional Services:

Date	Description	Tooth No.	Amount
26/09/25	Consultation		30.00
26/09/25	Notes		15.00
	Certificate		
26/09/25	Notes		350.00
	RD RCF(#35)		
26/09/25	PA Radiograph		30.00
Sub-Total			\$425.00
9% GST			\$38.25
Total			\$463.25

18

**Fees include GST**