

診療報酬領収済明細書 (歯科)

療 養 の 内 容

組員証記号番号	受診者氏名	診療開始日	診療実日数	転 帰		
-	年 月 日生 男・女	年 月 日	日	治癒	死亡	中止
部位及び傷病名						
種別	回数・単位		点数	金額	※査定	
初診	初診	点	加算	時間外・休日・深夜・乳・障	点	
再診	再診	×	時間外	×	休日	×
指導						
投薬・注射	調剤	×	×	処方	×	薬情
	内服薬剤					
	外用薬剤					
X 選 査 処 置	パ	点	全顎	枚	標準	×
	P検	×				
	普	×	覆	×	除石	×
その他	抜	×	感根	×	根貼	×
	歯	×	根充	×	×	×
抜	乳前臼難埋	×	×	×	+	
	外科処置	×	×	×		
麻	酔	×	×	+		
歯 冠 修 復 ・ 欠 損 補 綴	歯冠形成	×	×	×	×	
	補診	印象	咬合	試適	築造	
	パ・K・ニ・銀・他	×	×	×	×	
	Br等	×	×	×	×	
	充・光・ア・グ	×	×	×	×	
歯 損 補 綴	・EE・研磨	×	×	×	×	
	歯	点	歯	点		
	鉤・バー	×	×	×	×	
人工歯	×	×	×	×		
修理等						
摘 要	そ の 他					
合 計			公費負担			
上記のとおり領収(診療)致しました。						
年 月 日			住所			
			医師			
			様 氏名			

医療機関記載欄

(注) 1 摘要に記入できない場合は、別の用紙に記入してください。
 2 ※印欄は記入しないでください。