

診療報酬領収済明細書（歯科）

年 月 分

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			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		点	円	点		
再診	再診	×	時間外	×	休日	×	深夜	×			
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	×	×	P処			
	抜髄	×	感根	×	根貼	×	根充	×	×		
その他											
抜 歯	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						
	バ・K・ニ・銀・他	×	×	×	×						
	Br等	×	×	×	×						
	充・光・ア・グ ・EE・研磨	×	×	×	×						
鉤・パー 人工歯 修理等	歯	点	歯	点							
	×	×	×	×							
	×	×	×	×							
摘 要	そ の 他										
合 計				公費負担		円					
上記のとおり領収（診療）致しました。				医療機関の所在地		医療機関の名称		医療機関の電話番号		医師氏名	
年 月 日										印	

(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。