立替払用

領収（診療）明細書【歯科】

療養費領収書発行についてお願い

1 療養費支給上必要ですので、お手数ですがこの領収明細書欄に診療内容をご記入のうえお渡し願います。

2 領収金額を訂正したときは訂正印を押捺してください。

患者氏名		性別	男・女	生年月日	3 昭 4 平　　年　　月　　日

傷病名部位		療養期間	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで （診療実日数：　　　日）

		診療内容	点数
初診		時間外（　） 休日（　） 深夜（　） 乳（　） 乳·時間外（　） 乳·休日（　） 乳·深夜（　） 特（　） 特導（　） 特連（　） 特地（　） 外来環（　）	
再診		× 時間外 × 休日 × 深夜 × 乳 × 乳·時間外 × 乳・休日 × 乳・深夜 × 特 × 再外来環 ×	
管理・リハ		歯管 ＋ 義管 実地指 周Ⅰ(前) 周Ⅰ(後) × 周Ⅱ(前) 周Ⅱ(後) × 周Ⅲ 歯リハ1 歯リハ2 その他	
投薬・注射		内 屯 外 注 調 × × 処方 × 情 × ＋ × 処 × 注 × ×	
X線検査		全顎 ＿＿枚 写 × P混検 × P部検 × 標 × × S培 × 顎運動 × 平測 × × パ × × EMR × × × × 基本検査 × × × 精密検査 × × × その他	
処置・手術		う蝕 × 保護処置 × × × 填塞 × × 知覚過敏 × × 咬調 × ×	
		抜髄 × × × 感根処 × × × 根貼 × × × 根充 × × × 加圧根充 × × × 生切 × × 歯清 除去 × × × F局 T.cond ×	
	SC	× ＋ × × ＋ × SRP 前 × 小 × 大 × 前 × 小 × 大 ×	
	PCur	前 × 小 × 大 × 前 × 小 × 大 × SPT P処 × P基処	
	抜歯	乳 × 前 × 臼 × 難 × 埋 × ＋ × 切開 × ×	
	その他	特定薬剤	
麻酔		伝麻 × 浸麻 × その他	
歯冠修復及び欠損補綴	補診	維持管理 × × × 印象 × × × × × × × × × ×	
	歯冠形成	（生活） 前接C × 金ジ × 乳 × （失活） 前C × ＋ × 金ジ × ＋ × 乳 × （窩洞） × × ＋ × 充形 × ＋ × 修形 × 咬合 × × × × × × 試適 × × × × 支台築造 メタル 前小 × 大 × その他 前小 × 大 ×	
	金属歯冠修復	乳前小銀 × × × × × × TeC × 充填 × × × × 前小パ × × × × × × 硬ジ × × 前小ニ × × × × × × ジ × 乳 × 大パ × × × × 歯CAD × 修理 × 大銀 × × × × 装着 × ＋ × 大ニ × × × × 装着材料 × × × × 14K × × 充填材料 充Ⅰ × × × × 充Ⅱ × × × × リテイナー × × 仮着 × ×	
	ポンティック	鋳造 パ大 × パ小 × ニ × 銀 × 裏装 パ前 × パ小 × 14K × 他 × Br装着 × × 前装 パ × ニ × 銀 ×	
	バー	鋳 パ × ニ × 屈曲 パ上 × 下 × 不特 × 保 ×	
	有床義歯	1～4歯 × 5～8歯 × 9～11歯 × 12～14歯 × 総義歯 × 床適合 × × × × × 鋳造鉤 14K 双大 × 双小 × 腕大 × 腕犬小 × 腕前 × パ 双大 × 双小 × 腕大 × 腕犬小 × 腕前 × 線鉤 14K 双 × レストアリ × 不・特 双 × レストアリ × レストナシ × フックスパー × ニ 双 × 腕 × 床修理 × ＋ × × ＋ × × ＋ × 人工歯 × × × × × × × × × ×	
	その他		

摘要		合計	円 （上記のうち、公費負担額　　　　円）	点

上記のとおり領収（診療）いたしました。

平成　　年　　月　　日

所在地

医療機関　名称

医師氏名　　　　　　　　㊞

電話番号　（　　　　）　　　ー