

領 収 (診 療) 明 細 書

【 歯 科 】

(備考) すでに申請の対象となる費用については領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください。

患者氏名											性別	男・女		生年月日	昭和・平成		年	月	日		
傷病名部位											診療期間	平成		年	月	日	から	年	月	日	まで
										(診療実日数)										日	
初診											時間外()	休日()	深夜()	乳()	乳・時間外()	乳・休日()	乳・深夜()	障()	障導()	点	
再診											時間外 ×	休日 ×	深夜 ×	乳 ×	乳・時間外 ×	乳・休日 ×	乳・深夜 ×	障 ×			
指導	総指	C指	P指	義歯指	維持	歯清	衛美	F局	F洗	医管	その他										
投薬・注射	内電外注										調 × ×	処方 ×	情 × + ×	処 × ×	注 × ×						
X線・検査	全額	枚	模 ×	S培 ×	平測 ×	基本 ×	×	精密 ×	×	その他											
	標 × ×	写 ×	維管診 ×	×	×	×	×	×	×	×											
処置・手術	パ × ×	EMR × × × ×	×	×	×	×	×	×	×	×											
	う触 ×	履罩 × ×	填塞 ×	除去 × × × ×	知覚過敏 × ×	咬調 × ×	ラバー ×														
	抜 ×	感染 ×	根管 ×	根 ×	抜髓 ×	感根 ×	加圧 ×	生切 ×													
	髓 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	スケーリング × + ×	SRP 前 ×	小 ×	大 ×	P cur 前 ×	小 ×	大 ×	P 処 ×													
抜歯	乳 ×	前 ×	白 ×	難 ×	理 × + ×	切開 × ×	特定薬剤														
その他																					
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 前 ×	(失 前 × + ×	(窩 ×	充形 ×	咬合 × × × × × × × ×															
	活 鑄ジ ×	活 鑄ジ × + ×	洞 ×	修形 ×	試適 × × × × × × × ×																
	乳 ×	乳 × + ×	洞 ×	×	文台築造 ×	メタル 前小 ×	大 ×	その他 前小 ×	大 ×												
	乳前小銀 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	前小バ ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	前小二 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	大バ ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	大銀 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	大二 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
14K	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×						
ボンテック	鑄造 ×	バ大 ×	バ小 ×	裏装 ×	バ大 ×	バ小 ×	Br 装着 ×	×	バ 鑄 ×	バ ×	二 ×										
前装	バ ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×						
有床義歯	1~4歯 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	5~8歯 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	9~11歯 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	12~14歯 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	総義歯 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
その他																					
その他																					
摘要											合計 減額 割(円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)										
上記のとおり領収(診療)いたしました。																					
医療機関の所在地 医療機関の名称 医療機関の電話番号 医師の氏名																					