

歯科診療領収明細書

患者氏名		昭和・平成 年 月 日生 (男・女)		被保険者証 記号番号		平成 年 月 分	
傷病名	負傷原因: 業務災害・通勤災害・第三者行為以外の原因による			診療開始日	年 月 日		診療日数 (日)
				転帰	治ゆ・死亡・中止		
初診	時間外	休日	深夜	乳	乳時間外	乳休日	乳深夜
再診	時間外	休日	深夜	乳	乳時間外	乳休日	乳深夜
管理	根管	根管	+	歯清	実地指	F局	F洗
投薬・注射	内・頓・外・注		調	処方	+	情	処
X線検査	全顎 枚	写	P混検	平	基本	精密	その他
	標本	EMR	顎運動	測	検査	検査	
処置・手術	処	保護処置	填塞	除去	知覚過敏	咬調	
	抜	感染	根管	根	抜	感	加
	髓	根	貼	充	随	根	生
		抛	薬		即	充	切
							失
SC	SRP		前	小	大	前	小
PCur	前	小	大	前	小	大	SPT
拔牙	乳	前	日	難	理	切開	P基処
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	歯冠形成	前 (生) 前 (失)	乳	乳	充形	咬合	
	前 (生) 前 (失)	乳	乳	充形	咬合	試適	
	乳	乳	乳	乳	乳	乳	乳
	乳	乳	乳	乳	乳	乳	乳
	乳	乳	乳	乳	乳	乳	乳
	乳	乳	乳	乳	乳	乳	乳
	乳	乳	乳	乳	乳	乳	乳
	乳	乳	乳	乳	乳	乳	乳
	乳	乳	乳	乳	乳	乳	乳
	乳	乳	乳	乳	乳	乳	乳
その他							
合計点数	点		療養に要した費用の合計		円		* 審査点数

上記のとおり診療を行い費用を領収いたしました。

平成 年 月 日

電話番号 ()

医療機関

所在地

名称

医師氏名 ㊟

- (注) 1. この明細書は、暦月1ヵ月単位で作成してください。
2. * 印欄に記入しないでください。

・この明細書は、緊急やむを得ない事情から保険証を病院又は診療所等の窓口に提示しないで診療を受けたときに、治療内容の記入をしてもらってください。
・医科診療または調剤に関する領収明細は、別の明細書が必要になります。
・海外渡航中の傷病に関わる領収明細はこの明細書は使用できません。