

担当医師の証明を受けてください。

療養費支給申請書(添付資料・歯科分)

領 収 (診 療) 明 細 書

(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」の文字を消し、「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	平成	年	月	日まで										
											(診療実日数)						日間														
初診	時間外()	休日()	深夜()	乳()	乳・時間外()	乳・休日()	乳・深夜()	障()	障指()	点																					
再診	時間外 x	休日 x	深夜 x	乳 x	乳・時間外 x	乳・休日 x	乳・深夜 x	障 x																							
指導	総指	C指	P指	義歯指	継続	菌清	衛実	F局	F洗	医管	その他																				
投薬・注射	内屯外注										調	x	x	処方	x	情	x	+	x	処	x	x	注	x	x						
X線	全顎	枚	模	x	S倍	x	平	x	基本	x	x	精密	x	x	そ	の															
検査	標	x	x	写	x	維管診	x	測	x	本検査	x	x	検査	x	x	他															
	パ	x	x	EMR	x	x	x	x	査	x	x	査	x	x																	
処置・手術	う蝕	x	覆罩	x	x	填塞	x	除去	x	x	x	知覚過敏	x	x	咬調	x	x	ラバー	x												
	抜	x	感染根拠	x	根管貼薬	x	根	x	抜	x	感	x	加	x	生切	x															
	髓	x	充	x	充	x	充	x	充	x	充	x	充	x	尖切	x															
	スクレーピング	x	+	x	SRP	前	x	小	x	大	x	Pcur	前	x	小	x	大	x	P処	x											
	抜歯	乳	x	前	x	臼	x	難	x	理	x	+	x	切開	x	x															
その他																					特定薬剤										
麻酔	伝麻	x	浸麻	x	その他																										
歯冠修復及び欠損補綴	補診											維持管理	x	x	印象	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
	菌冠形成	(前生活)	x	鑄	x	(前失活)	x	+	x	(窩洞)	x	充形	x	咬合	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
		乳	x	乳	x	+	x	修形	x	試適	x	x	支台築造	丸	前小	x	大	x	その他	前小	x	大	x								
修復及び欠損補綴	鑄造歯冠修復	インレー単純	インレー複雑	前歯3/4冠	4/5冠	全部鑄造冠	前装鑄造冠	ジ	x	EE	x	研磨	x																		
		乳前小銀	x	x	x	x	x	硬	x	充填	x	x																			
		前小バ	x	x	x	x	x	乳	x	充I	x	x																			
		前小二	x	x	x	x	x	修理	x	充II	x	x																			
		大バ	x	x	x	x	x	装着	x	充III	x	x																			
		大銀	x	x	x	x	x	装着	x	その他	x																				
		大二	x	x	x	x	x	装着	x	リテイナー	x	x																			
14K	x	x	x	x	x	材料	x	仮装	x	x																					
欠損	ボンテイツク	ハ大	x	ハ小	x	裏ハ大	x	ハ小	x	Br	x	鑄ハ	x	二	x																
		二	x	銀	x	装14K	x	他	x	装着	x	ハ	x	下	x																
		前装	バ	x	二	x	銀	x	装着	x	ハ	x	不持	x	保	x															
補綴	有床義歯	1~4歯	x	床	x	鑄	双大	x	双大	x	線	14	双	x	不	双	x	リスト無	x	人	x	x									
		5~8歯	x	床	x	鑄	双小	x	双小	x	鉤	14	双	x	持	双	x	リスト有	x	工	x	x									
		9~11歯	x	裏	x	造	両大	x	両大	x	二	両	x	床	x	義	x	歯	x	工	x	x									
		12~14歯	x	装	x	鉤	両大小	x	両大小	x	二	両	x	床	x	歯	x	調整	x	工	x	x									
		総義歯	x	装	x	鉤	両前	x	両前	x	二	両	x	床	x	歯	x	調整	x	工	x	x									
その他																															
摘要	公費：有()・無										合計	領収(診療)額			円	診療点数			点												
上記のとおり領収(診療)いたしました。										平成 年 月 日																					
医療機関の所在地										平成 年 月 日																					
医療機関の名称																															
医療機関の電話番号																															
医師の氏名										印																					