

診療報酬領収済明細書(歯科用)

組 合 員 等 号	公立島根	保 険 者 番 号	3 4 3 2 0 0 1 0	保 険 者 名	公立学校共済組合島根支部																	
組 合 員 住 所 氏 名	〒				(該当する項目にチェック) <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 乗船中発病したもの <input type="checkbox"/> 下船中発病したもの <input type="checkbox"/> 第三者加害行為 <input type="checkbox"/> 上記以外																	
療 養 者 住 所 氏 名	〒																					
部 位 及 び 傷 病 名	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 10%; border: none;"> </td> <td style="width: 50%;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border: none;"> </td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>				8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="5">転 帰</td> </tr> <tr> <td>治 ぬ</td> <td>繰 越</td> <td>死 亡</td> <td>転 医</td> <td>中 止</td> </tr> </table>		転 帰					治 ぬ	繰 越	死 亡	転 医	中 止
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8																				
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8																				
転 帰																						
治 ぬ	繰 越	死 亡	転 医	中 止																		
初 診	年 月 日	当月開始	年 月 日	診療日数	日 終 診																	
診 療 の 内 訳					摘 要																	
項目	内訳			経過及び診療事実に関する理由																		
診察料	初 診			円	初診の日の診療に要した額 円 入院の初日 年 月 日																	
投薬料	内(頓)服薬		投与 日分	円																		
	外用薬		回	円																		
注射料	皮下筋肉内		回	円																		
	静脈内		回	円																		
処置料(硬)	撤去		歯	円																		
	普通処置		回	円																		
	複根管		回	円																		
	抜髄		歯	円																		
	根充		歯	円																		
充填料	アマルガム		歯	円																		
	セメント	珪 磷	歯	円																		
インレー料	金合金	ポスト	複雑カビフ	歯		円																
	銀合金		歯	円																		
補てつ料	義歯		床歯	円																		
	金属こう	14K	特殊鋼	不銹鋼		レスト有無	歯	円														
	バラタルバー	リングルバー	特殊鋼	不銹鋼		歯	円															
	歯冠継続歯		14K	レジン		陶歯	歯	円														
	支台築造		銀	ア		セ	歯	円														
	金属冠		金	金パラ		銀合金	歯	円														
	その他						歯	円														
手術料	抜歯		歯	円																		
	手術名			円																		
処置料(軟)	その他			円																		
	歯石除去		回	円																		
レントゲンその他				円																		
合 計				円																		
領 収 済 額				円																		
上記のとおり領収しました。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 令和 年 月 日 医療機関名 及びその住所 印 </div>																						

備考 1. この明細書は、歯科医師から診療を受け、又はその処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。
 2. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。