（様式第２号）

歯

歯科医療費領収明細書

被保険者証記号・番号	40	氏名		男・女	年生

傷病名部位	診療開始日	年　月　日	診療期間
	診療実日数	日	年　月　日から
	転帰	治ゆ　死亡　中止	年　月　日まで

初診	時間外　休日　深夜　乳　障　紹　病	点	※　点
再診	再診　×　時間外　休日　深夜　乳　障　病　指導　衛　F＋		
投薬・注射	内・屯・外・注　調　×　×　処方　×　＋×　情×　処　×　＋×　注　×　×		
X線検査	パ　×　×　全顎　枚　標　×　×　模　×　×　平　×　測　×　S培　×　写＋　×　EMR　×　×　×　×　基本検査　×　×　×　×　精密検査　×　×　×　×　その他		
処置・手術	即処　×　普処　×　覆罩　×　除去　×　×　×　知覚過敏　×　×　ラバー　×　咬調　× 抜　×　×　髄　×　麻　×　×　抜　×　感染根処　×　×　×　根管貼薬　×　根　×　×　充　×　即　×　×　充　×　失　×　即　×　充　×　生切　×　×　失切　×　加圧根充　×　× スケーリング　×　＋×　SRP　×　×　PCur　×　×　P処　×　切開　×　×　歯肉掻爬術　× 抜歯　乳　×　前　×　臼　×　難　×　埋　×　＋　×　付着　×　GEct　×　FOp　× その他　特定薬剤		
麻酔	伝麻　×　浸麻　×　IS　×　×　＋　その他		
歯冠形成	補診　＋　維持管理　×　×　×　印象　×　×　×　×　×　×　×　×　×　＋　× 前鋳ジ（生活）　×　×　×　前鋳ジ（失活）　×　×　×　（根面）（窩洞）　×　×　×　メタル支台築造　×　×　×　その他　×　×　× 咬合　×　×　×　×　×　＋　× 試適　×　×　×　×　EE　× 充填　ア　×　×　光・初　×　グ・複　×　その他　×　研磨　× ピン　×　×		
歯冠修復及び欠損補綴	鋳造歯冠修復　14K　×　×　パ大　×　×　パ小前　×　×　×　×　ニ大　×　×　ニ小前　×　×　×　×　銀大　×　×　銀小前乳　×　×　×　×　× 前装冠　パ　×　ニ　×　銀　× 金属冠　圧・鋳・大　×　小　×　大　×　小　×　圧鋳他　×　継続歯　14K　×　パ　×　ニ　×　銀　×　仮　×　× 乳　×　ジ　×　硬ジ　× リテイナ　×　×　装着材料　×　×　×　再装着　×　× ポンティック　鋳造　パ大　×　パ小　×　ニ　×　銀　×　裏装　パ前　×　パ小　×　14K　×　他　×　装着　×　×　×　バー　鋳屈曲　パ　×　ニ　×　パ上　×　下　×　不特　×　強　× 前装　パ　×　ニ　×　銀　× 人工歯　×　×　×　×　×　× 有床義歯　1～4歯　×　12～14歯　×　5～8歯　×　総義歯　×　9～11歯　×　ゆ　×　床裏装　1～4歯　×　12～14歯　×　5～8歯　×　総義歯　×　9～11歯　×　ゆ　×　床修理　×　ろう　×　保　×　修理　× 鋳造鉤　14K　双大　×　双小　×　両大　×　両大小　×　両前　×　パ　双大　×　双小　×　両大　×　両大小　×　両前　×　ニ　×　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　× 義歯調整　×　×　×　Ⅰ　Ⅱ　新製・床裏装・Ⅰ算定（　年　月） その他		
その他			
摘要	合計　点 薬剤負担金額　年　円 受領金額　円		

上記のとおり診療を行い，その料金を領収いたしました。（領収日　年　月　日）

年　月　日

住所

歯科医師

氏名　　電話番号　（　）

注

2. 1. 国民健康保険診療報酬明細書の記載にならい記入してください。

※印の個所は記入しないでください。

（投薬・注射の量名を記入してください。）