

診療報酬明細書

(歯科)

平成 年 月 分 40

都道府 医療機関コード
県番号

3 1社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外
2 公費 4 退職 2 併 4 六外 0 高外
3 3 併 6 家外 0 高外
3 歯科

Table with columns for patient information, including name, sex, age, and insurance status.

Table for insurance information, including insurer name, policy number, and insured person details.

Table for patient details, including name, sex, age, and specific medical notes.

保険医療機関の所在地及び名称

Table for medical procedure details, including injury name, location, and dates.

Table for initial and subsequent visits, including dates and types of visits.

Table for management and treatment, including various dental procedures and their counts.

Table for X-ray examinations, including types of X-rays and their counts.

Table for dental treatments, including extractions, fillings, and other procedures.

Table for anesthesia, including types of anesthesia used.

Table for dental examinations, including various types of dental exams.

Table for crown and bridge repairs, including types of repairs and their costs.

Table for dental prosthetics, including various types of prosthetics.

Table for dental restorations, including various types of restorations.

Table for other dental procedures, including various types of treatments.

Table for other dental procedures, including various types of treatments.

Summary table for charges, including public fees, patient contributions, and insurance payments.

乳障親

診療報酬明細書
(歯科)

平成 年 月分 40

都道府県 医療機関コード
県番号

| | | | | | |
|---------|-------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 3 歯科 | 1 社 2 公費 | 3 後 4 期 退 職 | 1 単 2 独 3 併 3 | 2 本 4 外 6 家 外 | 8 高 外 0 高 外 7 |
|---------|-------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

| | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|------------------|-----------------|
| 保険者 番号 | | | | | | 給 付 割 合 | 10 9 8 7 () |
|-----------|--|--|--|--|--|------------------|-----------------|

| | |
|-------------------------|--|
| 被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号 | |
|-------------------------|--|

| | | | |
|--------|------------------------|--------|--|
| 氏名 | 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生 | 特記事項 | 届出 |
| 職務上の事由 | 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害 | 50/100 | 輸・普・歯投診・外来環 GTR・医・管・在歯管 歯矯正・障・連・孫補眼 歯技工・明 補 |

保険医
療機関
の所在
地及び
名称

| | | |
|-----------|-----------|--------|
| 傷病名 部位 | 診療 開始日 | 年 月 日 |
| | 診療 実日数 | 日 (日) |

医 保

国保連合会提出分

| | | | |
|----------------|---|------------|-----------------------|
| 公費分請求 点数決定* | 点 | 合計 | 点 |
| 患者負担額 (公費) | 円 | 決定* | 点 |
| 高額療養費* | 円 | 一部負担 金額 | 減額 割(円) 免除・支払猶予 |

| | | | |
|--------------|----|--------------|--|
| 乳障親 負担者番号 | 40 | 乳障親 受給者番号 | |
|--------------|----|--------------|--|

| | |
|--------------|---|
| 乳障親 給付外の額 | 円 |
|--------------|---|

★印欄以下の記入についても必ずお願いします。