

〔診療費請求明細〕 歯科用

(職員氏名)															年 月分 (診療実日数 日)																
診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
傷病名 部位																										転 帰					
																										治ゆ・死亡・中止・継続					
初診	加算(時間外) ・休日 ・深夜 ・その他( )																									点					
再診	加算(時間外) ・休日 ・深夜 ・その他( )																														
管理	歯管		義管		歯清		歯実		F局		F洗		医管		その他																
投薬・注射	内屯外注				調				処方		情		処		注																
X線検査	金額	枚	模	S 培		平測		基本検査		精密検査		その他																			
	片額	枚	写	顎運動																											
	標	EMR																													
	パ																														
処置・手術	う触		覆罩		填塞		除去		知覚過敏		咬調																				
	抜髄		感染根処		根管貼薬		根充		抜髄即充		感根即充		加圧根充		生切		失切														
	SC				SRP 前			小			大																				
	PCur	前	小		大		SPT			P処																					
	抜歯	乳	前		白		難		埋		切開																				
	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	補診			維持管理				印象																							
	歯冠形成	生活	前	失活	前	窩洞	充形	咬合																							
			鑄		鑄			試適																							
		ニ	ニ	支台	メタル前小	大																									
							充填																								
							充I																								
							充II																								
							材																								
							充III																								
							材																								
							充IV																								
							材																								
							仮着																								
ボンティック	鑄	バク	バク		銀	Br	装着	バ	鑄	パ	ニ																				
	造	ニ	ニ						銀	屈	バ上	下																			
		前装		ニ		銀				曲	不特	保																			
有床義歯	1~4歯								線鉤		人工歯																				
	5~8歯																														
	9~11歯																														
	12~14歯																														
	総義歯																														
その他																															
合計点数 ①																															
(点数で算定できないもの等については、裏面に記載してください。)																															
																										点					

文書料 <input type="checkbox"/> 認定時診断書 <input type="checkbox"/> 休業補償証明 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	その他点数で算定できないもの等 <input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
摘 要	
点数で算定するものの合計（表面①の点数×1点単価） 点 × 円 =	点数で算定できないものの合計額 円③
請求額 (②+③) 円	
歯科医師の証明 (※ 本人が請求する場合は、この欄に歯科医師による内容証明を受け、領収書等を添付してください。なお、診療に当たった診療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合には、この欄の記入は <b>不要</b> です。)  上記の事項は、事実と相違ないことを証明します。  <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;"> <span>年</span> <span>月</span> <span>日</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 10px;"> <span style="margin-right: 10px;">診療機関の</span> <span style="font-size: 2em;">{</span> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <span>所在地</span> <span>名 称</span> <span>歯科医師の氏名</span> </div> </div>	

注1 補償の範囲は、原則として、健康保険における療養の給付の範囲と同様です。

3 薬名、回数等は、すべて摘要欄に記入してください。