



(様式第2号)

歯科医療費領収明細書

被保険者証 記号・番号	40	氏名	男・女	昭和 平成	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 × ×

注 2 1	X線検査	パ 全顎 標 × × ×	模 ×	平 × 測 ×	S培 × 写+ ×	基本 × × 検査 × ×	精密 × × × 検査 × × ×	その他			
処置	即処 ×	普処 ×	覆罩 ×	覆罩 × × ×	知覚過敏 × × ×	ラバー ×	咬調 ×				
手術	抜 ×	麻 ×	感染 ×	根管 ×	根 ×	即 ×	失 ×	生切 ×	加圧 ×	/	
	髓 ×	抜 ×	根 ×	充 ×	充 ×	充 ×	充 ×	失切 ×	根充 ×		
その他	スクレーミング × + ×	SRP × × ×	PCur × × ×	P処 ×	切開 × × ×	搔爬術 ×					
その他	抜歯 ×	乳 ×	前 ×	白 ×	難 ×	埋 ×	付着 ×	GEct ×	FOp ×		
その他	特定薬剤										

麻酔 伝麻 × 浸麻 × IS × × + その他

補診 補診 + 維持管理 × × × 印象 × × × × × × × × × × × × × × × × ×

歯冠修復 欠損 補綴	歯冠形成	前 鑄 (生活) × × ×	前 鑄 (失活) × × ×	(根面) × × ×	メタル × × ×	支台 × × ×	咬合 × × ×	試適 × × ×	充填 ×	光 ×	グ ×	その他 ×	研糖 ×	ピン ×
	鑄造 冠修復	14K	×	×	×	×	×	前装冠	バ ×	ニ ×	銀 ×	リナイ ×		
		パ大	×	×	×	×	×	金	圧・大 ×	×	×	14K ×	装着 ×	
		パ小前	×	×	×	×	×	属	鑄・大 ×	×	×	パ ×	素材 ×	
二大		×	×	×	×	×	冠	鑄・小 ×	×	×	銀 ×	再装 ×		
二小前	×	×	×	×	×		圧鑄地 ×	×	×	硬 ×	装着 ×			
銀大	×	×	×	×	×		乳 ×	ジ ×	硬 ×					
銀小前乳	×	×	×	×	×									
ティンク	鑄	パ大 ×	パ小 ×	裏装 ×	パ前 ×	パ小 ×	装 ×	バ ×	鑄 ×	パ ×	ニ ×	リナイ ×		
前装	ニ ×	銀 ×		14K ×	他 ×		着 ×	一 ×	屈曲 ×	パ上 ×	下 ×	人口 ×		
有床義歯	1~4歯 ×	12~14歯 ×	床裏装 ×	1~4歯 ×	12~14歯 ×	床 ×	ろ ×	保 ×	修理 ×			歯 ×		
義歯調整		× × ×	I II				新製・床裏装・I算定 (年 月)							

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、その金額を領収いたしました。(領収日 年 月 日) 平成 年 月 日

住所
歯科医師 氏名

電話 ()

(投薬・注射の量名を記入してください。)

※印の箇所は記入しないでください。