

診療報酬(歯科)領取済証明書

療養者氏名			生年			性別	当院の区分																
			昭・平・令 年生			男・女	保険医療機関		非保険医療機関														
傷病名部位		診療開始日			療養期間																		
平成 令和 年 月 日					自			至															
					平成 令和 年 月 日			平成 令和 年 月 日															
					診療実日数		転帰																
					日		治ゆ	死亡	中止														
診療内容										金額													
初診	時間外	休日	深夜	乳	乳時間外	乳・休日	乳・深夜	特	特導	特連	特地	外来環	円										
再診	×	時間外	×	休日	×	深夜	×	乳	×	乳時間外	×	乳・休日	×	乳・深夜	×	特	×	再外来環	×	円			
管理	歯管	義管	+	×	×	実地指	F局	F洗	医管	その他										円			
投薬・注射	内屯外注																			円			
X線検査	バ	×	×	写	×	P混検	×	P部検	×	基	×	×	精	×	×	そ	の	他		円			
	全顎	枚	S培	×	顎運動	×	平測	×	本	×	×	密	×	×									
	標	×	×	EMR	×	×	×	×	検	×	×	検	×	×									
う蝕	×	保護質	×	×	×	填塞	×	除去	×	×	×	知覚	×	×	咬調	×	×			円			
処置	抜	×	感	×	根	×	根	×	加	压	根	压	充	根	充	生切	-----	×		円			
	×	根	×	×	×	×	×	×	充	充	充	充	充	充	充	歯清	-----	×					
手術	髓	×	処	×	貼	×	充	×	充	充	充	充	充	充	充					円			
S C	×	+	×	×	+	×	SRP	前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×	円			
PCur	前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×	SPT		P処	×	P基処			円			
拔歯	乳	×	前	×	白	×	難	×	埋	×	+	×	切開	×	切開	×	切開	×		円			
その他																				円			
麻酔	伝麻	×	浸麻	×	その他																円		
補	診		維持管理	×	×	×	印象	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		円		
歯	冠	前	×	前	×	+	×	充形	×	咬合	×	×	×	×	×	試適	×	×	×		円		
	(生金活)	金	×	失金活	×	+	×	(窩洞)	+	支台	メ前小	×	そ前小	×	支台	タル	大	×	他の大	×	円		
	形	成	乳	×	乳	×	+	修形	×	築造	タル	大	×	大	×	築造	タル	大	×		円		
冠	前小銀	×	×	×	×	×	×	Br	×	Tec	×	充填	×	×	×	×	×	×		円			
修	金屬	前小バ	×	×	×	×	×		硬ジ	×	×	充	I	×	×	充II	×	×		円			
復	歯冠	前二	×	×	×	×	×		ジ	×	乳	×	充III	×		充IV	×	×		円			
及	修復	大バ	×	×					修理	×		材	充V	×		充VI	×			円			
び	大銀	×	×						装着	×		料	充VII	×		充VIII	×			円			
	大二	×	×						装着	×	リチナー	×	充IX	×		充X	×			円			
	14K	×	×						材料	×	假着	×	充XI	×		充XII	×			円			
欠損	前装	バ	大	×	バ	小	×	裏	バ	前	×	バ	小	×	Br	×	バ	大	×	二	×	円	
	前装	二	×	銀	×	装	14K	×	他	×	装	×	屈	バ	上	下	保	×			円		
	前装	二	×	銀	×	装	14K	×	他	×	着	×	曲	不特	保	保	保	保	保		円		
補綴	有床義歯	1~4歯	×	床	×	鑄鉤	双	×	双大	×	線鉤	I4	双	×	不	双	×	レスト	×	人	×	円	
	5~8歯	×	適	×	鑄鉤	双	×	双小	×	双小	×	K	5	ストリ	特	レスト	×	ブック	×	工	×	円	
	9~11歯	×	合	×	鑄鉤	14K	×	腕大	×	腕大	×	腕	双	×	床	×	+	×	人	×	円		
	12~14歯	×	合	×	鑄鉤	腕大	×	腕小	×	腕小	×	腕	二	腕	修	×	+	×	工	×	円		
	総義歯	×				腕前	×	腕前	×	腕前	×	腕	修	理	×	+	×	人	×	円			
その他																					円		
その他																					円		
摘要											合計												円
上記の金額は、自費診療扱いで 領取済であることを証明します。											郵便番号()												円
令和 年 月 日											医療機関				TEL								円
											名 称												円
											医 師 名												円

医療機関におねがい

○診療内容内訳については月毎にレセプト同様記入してください。

○保険診療扱いの場合は証明しないでください。