

年 月 分 療 養 費 明 細 書

●この療養費明細書兼領収書は療養の給付を行うことが困難であると認めるとき、又は緊急その他やむを得ない理由により医師の診療を受けた場合、被保険者の申請により当保険が療養費の支給に関して必要なものですから診療内容は（薬石数量）明細に記入して下さい。

患者	住所	千葉県八千代市										
	氏名		男	昭・平・令 年 月 日生							女	
傷病名	(部位)											
再診	時間外・休日・深夜・身障者										円	診療開始日
投薬注射	内・屯・外・注							処	×	円	年 月 日	
レ線						全額	標	×	円	診療実日数		
	普処	×	覆罩	×	根治	×	×	×	円	日		
	拡大	×	×	×	即充	×	×	×	円	転 帰		
	抜髄	×	×	×	矢即充	×	×	×	円	治 死 中 ゆ 亡 止		
	根充	×	×	×	生切	×	矢切	×	円			
	即日充填処置	×	圧排	×	軟外処	×	円	(薬名容量単位)等				
	歯石除去	×	Pcur	×	膿漏処置	×	円					
	除去	×	知覚過敏処置	×	ラバー		円					
	拔牙	乳	×	前	×	臼	×	難	×	円		
	その他										円	
	特定薬剤										円	
麻酔	伝麻	×	浸麻	×	その他	×	円					
	補診	×	歯冠形成	生活	×	失活	×	円				
	複	×		帯	×	根面・窩洞	×	円				
	印象	×	咬合	×	試適	×	調整	×	円			
	充填	ア	×	珪	×	レ	×	監視	×	円		
		×	×	×	×	レ	×	ピン	×	円		
	14K	×	×	×	×	×	円					
	パ大	×	×	×	×	×	円					
	パ小	×	×	×	×	×	円					
	他大	×	×	×	×	×	円					
	他小	×	×	×	×	×	円					
	金属冠	嚼面圧印	パ大	×	パ小	×	他	×	円			
		嚼面鑄造充実	パ大	×	パ小	×	ジ	×	円			
	継続歯	金属裏装アリ	14K	×	パ	×	他	×	人工歯	円		
		金属裏装ナシ	陶	×	レ	×	ジ	×	人工歯	円		
	ダミー	14K	×	×	パ	×	他	×	人工歯	円		
	前	他	×	×	白	×	他	×	人工歯	円		
	有麻義歯	ゆ上床歯	総義歯	×	床	人工歯	床修理	×	円			
		ゆ上床歯										
	鉄砲鉤	14K大	×	14K小	×	パ大	×	パ小	×	円	一部負担金	
	線鉤	双	×	レストアリ	×	レストナシ	×	フックスパー	×	円		減額 割 円
	パー	鑄パ	×	屈パ	×	特不	×	保	×	円		免除
	その他											円
その他								合計	円	決定	点	

令和 年 月 日
 左記のと通りの診療内容に相違ありません。なお、診療費たしかに領収しました。
 医師 住所 氏名 所
 (印)