



大阪市国民健康保険療養費歯科明細書

令和 年 月分

都道府
県番号

医療機関コード

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------------------------|--------|---------------------|----------|-------------------------|----------|----------|--------|--------|---------|----------|------|-------|--------|-----|---------|--------|---|
| 氏名 | 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 | 職務上の事由 | 1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害 | 特記事項 | 届出 補管 か初診 G・P継 | 保険者番号 | | | | | | | 給付割合 | 10 9 8 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 7() | | | | |
| 被保険者記号・番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病部位 | | | | | | | | | | | | | 診療開始日 | 年 月 日 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 診療実日数 | 日 (日) | | | | |
| 転帰 | 治ゆ | 死亡 | 中止 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初診 | 時間外 () | 休日 () | 深夜 () | 乳 () | 乳・時間外 () | 乳・休日 () | 乳・深夜 () | 障 () | 障導 () | 外来療 () | | 点 | | | | | | |
| 再診 | × | 時間外 × | 休日 × | 深夜 × | 乳 × | 乳・時間外 × | 乳・休日 × | 乳・深夜 × | 障 × | | | | | | | | | |
| 管理 | 歯管 | 義管 × | + × | 歯清 | 衛実 | 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 | パ全顎 | × 枚 | 規 S 培 | × 平測 | 写 G 繼診 | × P 繼診 | 基本 検査 | × × | 精密 検査 | × × | その他 | | | | | | | |
| 処置 | う触 × | 覆罩 × × | × 填塞 × × | 除去 × × × | × | 知覚過敏 | × × | ラバー × | 咬調 × | | | | | | | | | |
| 手術 | 抜根 × | 感根 × | × 根管貼 | × 根充 | × 即 | 拔充髓即 | 感充根即 | × 充圧根 | × 生切根 | × 失切 | スケーリング + | × P処 | | | | | | |
| | SRP × | × × × | × × × | PCur × | × × × | × × × | × × × | × × × | 切開 × × | | | | | | | | | |
| 麻酔 | 伝麻 × | 浸麻 × | その他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯冠修復 | 補歯 | × | 維持管理 | × × × | 印象 | × × × | × × × | × × × | × × × | | | | | | | | | |
| 冠修復及び | (前生) | × | (前失) | × + × | × | 充形 | × | 咬合 | × × × | × × × | | | | | | | | |
| 歯冠修復 | 鑄造 | 前小活 | 鑄ジ | × + × | (高洞) | + | 試適 | × × | × × | × × | | | | | | | | |
| 歯冠修復 | 前小二 | × | 前小活 | × | + | 修形 | × | 支台築造 | メタル | 前小 × | 大 × | その他 | | | | | | |
| 歯冠修復 | 大バ | × | 大銀 | × | + | × | × | 前小 × | 大 × | 前小 × | 大 × | | | | | | | |
| 歯冠修復 | 大銀 | × | 大二 | × | + | × | × | 装着 | × | リティナー | × × | | | | | | | |
| 歯冠修復 | 14K | × | 14K | × | + | × | × | 材料 | × | 仮着 | × × | | | | | | | |
| 欠損補綴 | ボタ铸造 | バ大 × | バ小 × | 裏装 | バ前 × | バ小 × | B r | × | 鑄バ | × | ニ × | | | | | | | |
| 欠損補綴 | 二 × | 銀 × | 14K | × | 他 × | × | バ上 | × | バ上 | × | 下 × | | | | | | | |
| 欠損補綴 | 前装 | バ × | 二 × | 銀 × | 装着 | × | 屈曲 | 不特 | × | 保 | × | | | | | | | |
| 欠損補綴 | 1~4歯 | × | 床裏装 | 双大 × | 双大 × | 線鉤 | 14K | 双レストアリ | × | レストナシ | × | 人工歯 | | | | | | |
| 欠損補綴 | 5~8歯 | × | 14K | 双小 × | 双小 × | レストアリ | × | × | × | フック・スパー | × | × × | | | | | | |
| 欠損補綴 | 9~11歯 | × | 14K | 両大 × | 両大 × | 双 | × | 床 | × | | | | | | | | | |
| 欠損補綴 | 12~14歯 | × | 14K | 両大小 × | 両大小 × | 両 | × | 修 | × | | | | | | | | | |
| 欠損補綴 | 総義歯 | × | 14K | 両前 × | 両前 × | 理 | × | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 摘要 | | | | | | | | | | | | | 公費分 | 請求 | 点 | 合計 | 点 | |
| 摘要 | | | | | | | | | | | | | 点数 | 決定 | ※ | 点 | | |
| 摘要 | | | | | | | | | | | | | 患者負担額 | 円 | 決 定 | ※ | 点 | |
| 摘要 | | | | | | | | | | | | | (公費) | | | | | |
| 摘要 | | | | | | | | | | | | | 高額療養費 | ※ | 円 | 一部負担金 | 減額割(円) | 円 |
| 摘要 | | | | | | | | | | | | | | | 額 | 免除・支払猶予 | | |

上記のとおり治療し、その費用を受領したことを証明します。

令和 年 月 日

住所
歯科医師 医療機関名称
氏名

(電話) - - -)

(注) 1. 国民健康保険診療報酬明細書の記載要領によって記入してください。

2. ※印の箇所は記入しないでください。

(給519)