



大阪市国民健康保険療養費歯科明細書

平成・令和 年 月 分 都道府県番号 医療機関コード

氏名, 性別, 年齢, 職業, 特記事項, 届出, 保険者番号, 診療開始日, 診療実日数, 転帰

傷病名, 部位, 初診, 再診, 管理, 投薬・注射, X線検査

処置・手術, 麻酔, 補診, 歯冠形成

修復, 欠損補綴

その他, 摘要

公費分請求点数, 患者負担額, 高額療養費

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。

平成・令和 年 月 日 住 所 歯 科 医 師 氏 名 印 (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。