歯

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	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 ・ ・ 生	特記事項	届出 補 管 か初診 G・P継
職務上の事由	1 職務上　2 下船後3月以内　3 通勤災害		

保険者番号		給付割合	10 9 8 7(　)
被保険者記号・番号			

傷病名部位		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 標 × × 規 × S培 × 平 × 測 × 写 × G継診 P継診 基本検査 × × × × × × 精密検査 × × × × × × その他	

処置・手術	う蝕 × 覆罩 × × 填塞 × × 除去 × × × 知覚過敏 × × ラバー × 咬調 ×	
	抜 × × 髄 × 感処染根 × × × 根薬管貼 × × × 根 × 充 × × 抜充髄即 × × × 感充根即 × × × 加充圧根 × × × 生切 × × 失切 × スケーリング × ＋ × P処 ×	
	SRP × × × × × × PCur × × × × × × 切開 × ×	
	抜歯 乳 × 前 × 臼 × 難 × 理 × ＋ × 掻爬 × 付着 × GEct × FOp ×	
	その他　特定薬剤	
麻酔	伝麻 × 浸麻 × その他	

歯冠修復及び欠損補綴	補診 × 維持管理 × × × 印象 × × × × × × × × ×	
	歯冠形成 (生活) 前 × 鋳ジ × 乳 × (失活) 前 × ＋ × 鋳ジ × ＋ × 乳 × (窩洞) × × ＋ × 充形 × ＋ × 修形 × 咬合 × × × × × × 試適 × × × × 支台築造 メタル 前小 × 大 × その他 前小 × 大 ×	
	鋳造歯冠修復 乳前小銀 × × × × × × 前小パ × × × × × × 前小ニ × × × × × × 大パ × × × × 大銀 × × × × 大ニ × × × × 14K × ×	
	TEK × 硬ジ × × ジ × 乳 × 修理 × 装着 × × 装着 × × 材料 ×	
	充填 × × 充填材料 充Ⅰ × × 充Ⅱ × × 充Ⅲ × その他 × × リテイナー × × 仮着 × ×	
	ポンティック 鋳造 パ大 × パ小 × ニ × 銀 × 裏装 パ前 × パ小 × 14K × 他 × 前装 パ × ニ × 銀 ×	
	Br装着 × × × パー 鋳 パ × ニ × 屈曲 パ上 × 下 × 不特 × 保 ×	
	有床義歯 1〜4歯 × 5〜8歯 × 9〜11歯 × 12〜14歯 × 総義歯 × 床裏装 × × × × ×	
	鋳造鉤 14K 双大 × 双小 × 両大 × 両大小 × 両前 × パ 双大 × 双小 × 両大 × 両大小 × 両前 ×	
	線鉤 14K 双 × レストアリ × 不・特 双 × レストアリ × レストナシ × フック・スパー × ニ 双 × 両 × 床修理 × × × 人工歯 × × × × × × × × × ×	
	その他	
その他		

摘要	公費分点数	請求	点	合計	点
		決定	※ 点		
	患者負担額(公費)		円	決定	※ 点
	高額療養費		※ 円	一部負担金額	減額 割(円) 免除・支払猶予 円

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

歯科医師　住所

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）