

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこと家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式

診療報酬明細書

○

(歯科)

令和

年

月分

都道府
県番号

医療機関コード

3 歯科	1 社・国 2 公費	3 後期	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外1 0 高外7
給付割合					1098 7()

様式第三

—							—							
公費負担者番号							公費負担医療の受給者番号							

保険者番号														
被保険者資格に係る記号・番号										(枝番)				

氏名											特記事項	届出
	1男	2女	1明	2大	3昭	4平	5令	・	・	・	生	補管 歯初診
職務上の事由	1	職務上	2	下船後3月以内	3	通勤災害						

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名部位	診療開始日	年 月 日																							
	診療実日数	日 (日)																							
	転帰	治愈	死亡																						
	中止																								
初診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	特連	特地	外安全	外感染	点													
再診	×	時間外	×	休日	×	深夜	×	乳	×	乳・時間外	×	乳・休日	×	乳・深夜	×	外安全	×	外感染	×						
管理・リハ	歯管	+	+	+	+	根管	エ管	機能		実地指	口指導	義管	×	×	歯リ	P画像	×	その他							
投薬・注射	内屯外注					調	×	×		処方	×	+	×	情	×	+	×	処	×	+	×	注	×	×	
X線検査	全顎	枚	色調	×	P混検	×	P部検	×	基本	×	精密	×	その他												
	標	×	×	S培	×	頸運動	×	菌検	×	検査	×	検査	×	検査	×	検査	×	検査	×	検査	×	検査	×	検査	×
処置・手術	単純	×	保護	×	×	×	Rコ	×	填塞	×	×	Hys	×	×	咬調	×	×								
	抜	×	感	×	根	×	根	×	加	×	生	×	×	T.cond	×	F局									
	髓	×	根	×	貼	×	充	×	充	×	+	×	+	×	+	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	S C	×	+	×	×	+	×	SRP 前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×						
	拔牙 乳	×	前	×	+	×	×	臼	×	+	×	×	埋	×	+	×	×	切開	×	×					
その他																									
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	×	×	×		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	前C	×	前C	×	前C	×	前C	×	(窩洞)	×	印象	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	金硬	×	(失単)	金硬	×				+	×	T=C	×	咬合	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
	既製	×	既製	×				+	×	管理	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
	前接	×	+	×	×	(失フ)	前	×	+	×		試験	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
	金	×	+	×	×	金	×	+	×			×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
	支台印象	×	支台築造	メタル	前小	×	大	×	その他	前小	×	大	×	修形	×	充形	×	+	×						
	金属	乳前小銀	×	×	×	×	×	×	×	×	硬ジ	×	×	充填	×	材充	×	×	×	×	×	×	×	×	
	前小バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	乳	×	×	1	×	材充	×	×	×	×	×	×	×		
	大バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	仮着	×	×	充填	×	材充	×	×	×	×	×	×	×		
大銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	装着	×	+	×	2	×	材充	×	×	×	×	×	×			
CAD in	(I)	×	(II)	×	(III)	×	子冠	×	前バ	×	根面	バ前小	×	バ大	×	根前小	×	根大	×	レジ	×				
ボシ	バ前	×	銀前	×	バ大	×	C A D	(I)	×	(II)	×	装着	×	×	材料	×	×	×	×	×	×	×	×		
前バ小	×	銀小	×	鑄造	バ小	×	(III)	×	(IV)	×	材料	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×			
バ大	×	銀大	×	鑄造	銀	×	バ1	×	コバ	×	屈曲	不特	×	保	×	装着	×	×	×	×	×	×			
1~4歯	×	×	磁性	石	×	コバ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×			
有5~8歯	×	床	×	前小	×	不	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×			
9~11歯	×	適	×	付	根	×	不	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×			
12~14歯	×	合	×	板	銀	×	不	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×			
総義歯	×	×	×	大	×	コンベ	×																		
その他																									
その他																									
摘要											公費分	請求	点	合計	点										
											点数	決定	※	点											
											患者負担額(公費)			円	決定	※									
											高額療養費		※	円	一部負担金額	減額 割(円)									

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。