※この書類は医療機関に記入してもらってください。医療機関の記入が済みましたらこの書類と、医療機関発行の領収書を療養費支給申請書（様式第18号）に添付して申請してください。

領収書を紛失した場合は、医療機関にこの部分を証明してもらってください。

様式第21号（第25条関係）

国民健康保険療養費領収書（内容明細書）（歯科）

年　月分

一金　　円也　　年　月　日
上記のとおり領収しました。
内容以下のとおり。　　領収者氏名　　㊞

医療機関所在地及び医療担当者氏名

被保険者氏名	※　記号　　番号 様	男・女	年　月　日生
業務上の事由	1　職務上　2　下船後三月以内　3　通勤災害　4　交通事故		
傷病名部位			
診療開始日	年　月　日	診療実日数	日
転帰	治ゆ　死亡　中止		

初診	時間外　休日　深夜　乳　障　障導　紹	点
再診	再診　×　×　×　×　時間外　×　休日　×　深夜　指導　衛＋　F　洗 G総診　P総診　病共管　Ⅰ　Ⅱ　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　×　× 模　×　S培　×　EMR　×　×　×　× 平測　×　写　×　G継診　P継診 基本検査　×　×　×　×　×　× 精密検査　×　×　×　×　×　× その他	
処置・手術	普処　×　覆罩　×　×　填塞　×　＋　×　除去　×　×　×　知覚過敏　×　×　ラバー　×　咬調　× 抜　×　髄　×　感染根拠　×　根管貼薬　×　根充　×　抜髄即充　×　感根即充　×　加圧根充　×　生切　×　失切　×　スケーリング　×　＋　×　P処　× SRP　×　×　×　×　×　×　SRP　×　×　×　×　×　×　切開　×　× 抜歯　乳　×　前　×　臼　×　難　×　埋　×　＋　×　掻爬　×　付着　×　GEct　×　F0p　× その他　特定薬剤	
麻酔	伝麻　×　浸麻　×　IS　×　＋　×　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　前鋳　×　乳　×　帯　×　（生活）　前鋳　×　＋　×　乳　×　帯　×　（失活）　（根面）　×　（窩洞）　×　充形　×　＋　×　修形　× 咬合　×　×　×　×　×　×　試適　×　×　×　× 支台築造　メタル　×　×　×　その他　×　×　× 鋳造歯冠修復　14K　×　パ大　×　パ小前　×　ニ大　×　ニ小前　×　銀大　×　銀小前乳　×　×　×　×　×　×　×　×　×　×　×　×　×　×　×　×　×　× 充填　×　×　充填材料　ア　×　×　光　×　×　ク・複　×　その他　×　EE　×　研磨　× 前装冠　パ　×　ニ　×　銀　×　リテイナー　×　× 金属冠　圧　大　×　小　×　圧鋳他　×　鋳　大　×　小　×　継続歯　14K　×　ニ　×　パ　×　銀　×　仮着　×　×　装着　×　× ジ　×　硬ジ　×　×　乳　×　修理　× ポンティック　鋳造　パ大　×　ニ　×　パ小　×　銀　×　裏装　パ前　×　14K　×　パ小　×　他　×　前装　パ　×　ニ　×　銀　×　Br　×　×　装着　×　装着材料　×　×　×　パ　鋳屈曲　パ　×　ニ　×　パ上　×　下　×　不特　×　強　×　人工歯　×　×　×　×　×　×　×　×　×　×　×　× 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　双大　×　双大小　×　両大　×　両大小　×　両前　×　双大　×　双大小　×　両大　×　両大小　×　両前　×　線鉤　14K　双　×　レスト　×　アリ　不双・特　×　レスト　×　ナシ　フッタ　スパー　×　床修理　×　×　×　義歯調整　Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　×　新製・裏装・Ⅰ・Ⅱ算定（　年　月） 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	※		一部負担金額	減額　割（円） 免除・支払猶予　円

㊞

備考　医療担当者名が、領収者氏名と同一人の場合は、領収者氏名の記入、押印は要しません。
※印の記入は要しません。