

国民健康保険療養費領収書 (内容明細書) (歯科) 年 月 日

医療機関所在地
及び医療担当者氏名

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| 一金 円也 | | 年 月 日 | |
| 上記のとおり領収しました。 | | 領収者氏名 ⑧ | |
| 内容以下のとおり。 | | 被保険者氏名 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 治ゆ 死亡 中止 | |
| 初診 時間外 休日 深夜 乳 障 障導 紹 | | 再診 再診 × × × × × 時間外 × 休日 × 深夜 × 指導 衛 + F 洗 | |
| 再診 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 模 × 平測 × 写 × 基本 × × 精密 × × 其他 | | 処置・手術 SRP × × × × × × × SRP × × × × × × × 切開 × × | |
| 麻酔 伝麻 × 浸麻 × IS × + × その他 | | 補診 × 維持管理 × × × × 印象 × × × × × × × × × × | |
| 歯冠形成 | | 歯冠修復 | |
| 欠損補綴 | | その他 | |
| 摘要 | | 公費分点 請求決定 ※ 点 合計 点 | |
| 摘要 | | 患者負担額(公費) 円 決定 点 | |
| 摘要 | | 高額療養費 ※ 一部負担金額 減額(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。