

支部様式第22号 診療費請求明細書 (歯科用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--------|--|--|-----|--|--|-----|--|--|----|---|--|-----|-------|--|---|---------|--|----|-----|--|---|------------------|--|--|------------------|--|--|-------------|--|--|----------|--|--|
| (職員氏名) | | | | | | | | | | | | | 平成 年 月分(診療実日数 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療日 | | | | | | | | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 部位 | | | | | | | | | | | | | 転 帰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 治ゆ・死亡・中止・継続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初診 | | | | | | | | | | | | | 加算 (時間外 ・ 休日 ・ 深夜 ・ その他 ()) 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再診 | | | | | | | | | | | | | 加算 (時間外 ・ 休日 ・ 深夜 ・ その他 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理 | | | | | | | | | | | | | 歯管 | | | 義管 | | | 歯清 | | | 衛美 | | | 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 | | | | | | | | | | | | | 全顎 枚 | | | 模 | | | S培 | | | 平測 | | | 基 本 検 査 | | | 精 密 検 査 | | | そ の 他 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 片顎 枚 | | | 写 | | | 顎運動 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 標 | | | EMR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | パ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処 置 ・ 手 術 | | | | | | | | | | | | | う触 | | | 覆罩 | | | 填塞 | | | 除去 | | | 知覚過敏 | | | 咬調 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 抜髄 | | | 感染根処 | | | 根管貼薬 | | | 根充 | | | 抜髄即充 | | | 感根即充 | | | 加圧根充 | | | 生切 失切 | | |
| | | | | | | | | | | | | | SC | | | | | | SRP 前 | | | 小 | | | 大 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | PCur | | | 前 | | | 小 | | | 大 | | | SPT | | | P処 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 抜歯 | | | 乳 | | | 前 | | | 臼 | | | 難 | | | 埋 | | | 切開 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 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 | | | 咬合 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 歯冠形成 | | | 前 | | | 前 | | | 充形 | | | 試適 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 生活 鑄ジ | | | 失活 鑄ジ | | | 窩洞 | | | 修形 | | | 支台 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | メタル前小 大 | | | 築造 | | | その他前小 大 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 乳前小銀 | | | TEK | | | 充填 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 前小パ | | | 硬ジ | | | 充 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 前小二 | | | ジ | | | 充 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 大パ | | | 修理 | | | 充 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 大銀 | | | 装着 | | | 材 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 大二 | | | 装着 | | | 料 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14K | | | 材料 | | | 仮着 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pontic | | | 鑄造 | | | パ大 | | | パ小 | | | Br | | | パ | | | 鑄 | | | パ | | | ニ | | | | | | | | | | | | |
| 前装 | | | パ | | | ニ | | | 銀 | | | 装着 | | | バ | | | 屈 | | | パ上 | | | 下 | | | | | | | | | | | | |
| 有床義歯 | | | 1~4歯 | | | 床裏装 | | | 鑄造鉤 | | | 線鉤 | | | 人工歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 5~8歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 9~11歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 12~14歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 総義歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 点 数 ① | | | | | | | | | | | | | 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | (点数で算定できないもの等については、裏面に記載してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|----------------------------------|
| 文書料 | その他点数で算定できないもの等 |
| <input type="checkbox"/> 認定时診断書 | <input type="checkbox"/> 初診 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 再診 |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <p>円 円 円 円 円</p> | |
| <p>円 円</p> | |
| <p>摘要</p> | |
| <p>点数で算定するものの合計（表面①の点数×1点単価）</p> <p>点 × 円＝</p> | <p>点数で算定できないものの合計額</p> <p>円③</p> |
| <p>請求額（②+③）</p> <p>円</p> | |
| <p>歯科医師の証明</p> <p>（※本人が請求する場合は、この欄に歯科医師による内容証明を受け、領収書等を添付してください。なお、診療に当たった診療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合には、この欄の記入は不要です。）</p> <p>上記の事項は、事実と相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>診療機関の</p> <ul style="list-style-type: none"> 所在地 名称 歯科医師の指名 <p style="text-align: right;">(印)</p> | |

- 注1 労災診療単価（課税医療機関1点12円、非課税医療機関1点11.5円）により算定することができます。
- 注2 補償の範囲は、原則として、健康保険における療養の給付の範囲と同様です。
- 注3 薬名、回数等は、すべて摘要欄に記入してください。

(注)本様式への記載に代えて診療機関が電算で打ち出したもの等を明細として添付することができます