

医療等の状況 (診療報酬領収済明細書)

平成令和 年 月 日

この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童生徒等	氏名	男	平成令和	年	月	日生	診療開始日	平成令和	年	月	日										
		女	診療実日数	日																	
傷病名(部位)	転帰						治ゆ	死亡	中止	点											
	初診	時間外	休日	深夜	乳	障	障導	紹													
再診	×	×	×	×	時間外	×	休日	×	深夜	×	乳	障	×	指導	衛+	F	洗				
再診	P総診		病共管		その他																
投薬・注射	内屯外注	調	×	×	処方	×	+	×	情	×	×	処	×	×	+	×	注	×	×	×	
X線検査	パ	×	模	×	平	×	写	×	基本	×	×	精密	×	×	×	×	その他				
	全顎標	×	枚	S	培	×	測	×	P	継	診	×	×	×	×	×	×				
処置・手術	普処	×	覆	×	填	×	+	×	除去	×	×	知	×	×	ラ	×	咬	×	×	×	
	抜	×	感	×	根	×	管	×	根	×	抜	×	感	×	加	×	生	×	ス	×	
	髓	×	染	×	管	×	貼	×	充	×	髓	×	根	×	圧	×	切	×	ス	×	
SRP	×	×	×	×	×	×	×	×	×	PCur	×	×	×	×	×	×	切	×	開	×	
抜	乳	×	前	×	白	×	難	×	埋	×	+	×	搔	×	付	×	GEct	×	FOp	×	
その他	特定薬剤																				
麻酔	伝	×	浸	×	IS	×	+	×	その他												
補診	+	罹	持	×	×	×	×	×	印象	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
歯冠形成	前	×	前	×	+	×	(	×	充	×	咬	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	(生)	×	(失)	×	+	×	根	×	形	×	試	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
乳	×	乳	×	×	×	(	×	修	×	支	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
帯	×	帯	×	×	×	窩	×	形	×	台	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
14	K	×	×	×	×	充	×	充	×	ア	×	光	×	グ	×	×	×	×	×	×	
パ	大	×	×	×	×	填	×	前	×	装	×	ニ	×	銀	×	リ	×	×	×	×	
パ	小	×	×	×	×	前	×	冠	×	バ	×	ニ	×	銀	×	リ	×	×	×	×	
二	大	×	×	×	×	金	×	大	×	大	×	大	×	大	×	リ	×	×	×	×	
二	小	×	×	×	×	冠	×	小	×	小	×	小	×	小	×	再	×	×	×	×	
銀	大	×	×	×	×	冠	×	圧	×	他	×	假	×	着	×	再	×	×	×	×	
銀	小	×	×	×	×	冠	×	ジ	×	硬	×	ジ	×	×	×	修	×	×	×	×	
リ	テ	イ	ン	ク	前	装	×	ニ	×	装	×	装	×	装	×	人	×	×	×	×	
有	床	義	歯	1	~	4	歯	×	床	×	義	歯	1	~	4	歯	×	床	×	義	
有	床	義	歯	5	~	8	歯	×	床	×	義	歯	5	~	8	歯	×	床	×	義	
有	床	義	歯	9	~	11	歯	×	床	×	義	歯	9	~	11	歯	×	床	×	義	
有	床	義	歯	12	~	14	歯	×	床	×	義	歯	12	~	14	歯	×	床	×	義	
有	床	義	歯	総	義	歯	×	床	×	義	歯	総	義	歯	×	床	×	義	歯	×	
その他																					
摘要	合計										点										
※決定										10円 ×	点 × $\frac{4}{10} =$	円									
上記のとおり領収しました。																					
令和 年 月 日										医療機関所在地及び名称											
										氏名											
										印											

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養以外の療養(歯科)を受けた場合に使用すること。  
 2 ※印は、記入しないこと。  
 3 この明細書の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。