様式第三

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 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7

公費負担者番号	公費負担医療の受給者番号

保険者番号		給付割合 10 9 8 7( )
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号		（枝番）

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 ・ ・ 生	特記事項	届出 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	治癒 死亡 中止

区分	内容	点
初診	時間外 休日 深夜 乳 乳・時間外 乳・休日 乳・深夜 特 特導 特連 特地 外来環	
再診	× 時間外 × 休日 × 深夜 × 乳 × 乳・時間外 × 乳・休日 × 乳・深夜 × 特 × 再外来環 ×	
管理・リハ	歯管 ＋ ＋ ＋ ＋ ＋ 義管 実地指 P画像 × × 歯リ その他	
投薬・注射	内屯外注 調 × × 処方 × ＋ × 情 × ＋ × 処 × ＋ × 注 × ×	
X線検査	全顎 枚 標 × × パ × × 色調 × S培 × EMR × × × × P混検 × 顎運動 × P部検 × 菌検 × 基本検査 × × × 精密検査 × × × その他	
処置・手術	う蝕 × 保護 × × × Rコ × 填塞 × × Hys × × 咬調 × ×	
	抜髄 × × × 感根処 × × × 根貼 × × × 根充 × × × 加圧根充 × × × ＋ × ＋ × 生切 × × 除去 × × × T.cond × 歯清 SPT F局 P処 × P重防	
	S C × ＋ × × ＋ × SRP 前 × 小 × 大 × 前 × 小 × 大 ×	
	抜歯 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 × × × （窩洞） × × ＋ × ＋ × 印象 × × × × × × × TeC × 修理 × 咬合 × × × × × ×	
	歯冠形成 （生単） 前C × 金硬 × 既製 × （失単） 前C × 金硬 × 既製 ×	
	（生ブ） 前接 × ＋ × 金 × ＋ × （失ブ） 前 × ＋ × 金 × ＋ × 試適 × × × ×	
	支台印象 × 支台築造 メタル 前小 × 大 × その他 前小 × 大 × 修形 × 充形 × ＋ ×	
	金属歯冠修復 乳前小銀 × × × × × × 前小パ × × × × × 大パ × × × × 大銀 × × × × 硬ジ × × 乳 × × 仮着 × × 装着 × ＋ × 充填1 × × 充填2 × × 材充Ⅰ × × × × 材充Ⅱ × × × ×	
	CAD In （Ⅰ） × （Ⅱ） × （Ⅲ） × チ冠 × 前チ × 根板 パ前小 × パ大 × 銀前小 × 銀大 × レジン ×	
	ポンティック 前装 パ前 × パ小 × パ大 × 銀前 × 銀小 × 銀大 × 鋳造 パ大 × パ小 × 銀 × CAD冠 （Ⅰ） × （Ⅲ） × （Ⅱ） × （Ⅳ） × 装着 × × 材料 × × リテイナー × × Br装着 × ×	
	PEEK冠 鋳パ × コパ × 屈曲 不特 × 保 ×	
	有床義歯 1～4歯 × 5～8歯 × 9～11歯 × 12～14歯 × 総義歯 × 床適合 × × × × × 磁性アタッチメント 磁石 × キ付根板 パ 前小 × 大 × 銀 前小 × 大 × 鋳造鉤 パ 双大 × 双小 × 腕大 × 腕犬小 × 腕前 × コンビ × コバ 双 × 腕 × 線鉤 不特 双 × ア リ × 間接 × ナシ × 床修理 × ＋ × ＋ × × ＋ × ＋ × × ＋ × ＋ × 人工歯 × × × × × × × × × ×	
	その他	
その他		

摘要			
公費分点数	請求 点 決定 ※ 点	合計	点
患者負担額（公費）	円	決定	※ 点
高額療養費	※ 円	一部負担金額	減額 割(円) 円 免除・支払猶予

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。