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	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

| | | |