

診 療 内 容 証 明 書

(歯科) 診療期間 年 月 日～ 年 月 日(レセプトと同じ記入方法で診療月分毎に記入願います。)

保 険 者 名		被 保 険 者		記 号		番 号		(枝番)		
被保険者氏名			男・女	生年月日		年 月 日		給付割合	8割・7割	
傷病部位名	1			診療開始日		1 年 月 日		実日数	日	
	2					2 年 月 日				
初診	時間外			深夜				摘 要		
投 薬	内 服 {	×	単 位	内 服	×			点		
	とん服	×	単 位	とん服	×					
注 射	皮下(筋)	×		皮下(筋)	×					
	静 脈	×		静 脈	×					
レントゲン	診 断	回	撮 影	回	標 準	枚				
	(50/100)	回	(50/100)	回		枚				
処 置	普通処理 (複)					回				
	抜髄(単)		回	(複)	回	切断				回
	根充(単)		回	(複)			回			
	特定薬剤									
	軟 組 織 処 置			外 科 後	×					
				処 置	×					
	特定薬剤									
	歯石除去		回	膿漏処置		回				
その 他										
充 込	ア		×	回	レ	×	回			
	硅		×	回	燐	×	回			
充 込	14Kポスト		個	14K複雑	個	その他の合金		個		
	義 歯		床					歯		
補 綴	クラスプ	14 K	個	不 特 双	個	不 レ ス	個	不 ナ	個	
	バ ー	特殊			個	不 し ゆ う				
	歯 冠	14 K	個	その 他	個	陶	個	レ	個	
	支 台 築 造	セ	個	ア	個	その 他 の 合 金		個		
	金 属 冠	金	大 小	個	パ ラ	大 小	個	その 他 の 合 金	個	
	ダ ミ ー	前	14 K レ ン ジ		個	白	パ ラ		個	
	その 他	その 他 の 合 金		個	その 他 の 合 金		個			
手 術	抜 歯	乳 歯	前 歯	臼 歯	難 歯					
	その 他									
	特 定 薬 剤									
麻 酔	伝 麻	回	浸 麻	回	迷 も う	回	全 麻	回		
そ の 他										
食 事 療 養 (入院期間)			年 月 日 から		年 月 日 まで		日間	円		
合 計	療 養 の 給 付						点	決 定	療 養 の 給 付	点
	食 事 療 養						円			
計	(標 準 負 担 額)						円			
	薬 剤 一 部 負 担 金 額						円			
上記のとおり証明します。 年 月 日 保険医療機関等の名 称 所在地 保険医氏名										



※ この証明書は、保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条の規定により無償で交付しなければならない。