

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 傷病名	1			診療開始日	1 年 月 日		実日数	
	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	枚	
	(50/100)	回	(50/100)	回				
処 置	普通処理 (複)				回	回		
	抜髄(単)	回	(複)	回	切断	回		
	根充(単)	回	(複)	回		回		
	特定薬剤							
	軟組織処置				外科後	×	×	
	特定薬剤							
	歯石除去	回	膿漏処置	回				
	その他							
充 入	ア	×	回	レ	×	回	回	
	硅	×	回	燐	×	回	回	
	14Kポスト	個	14K複雑	個	その他の合金	個		
補 っ て	義 歯	床					歯	
	クラスプ	14 K	個	不 特 双	個	不 レ ス 特 ト	個	
	バ ー	特殊	個	不 ナ 特 シ	個	不 し ゆ う		
	歯 冠 継 続 歯	14 K	個	その他 の合金	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 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 の合金	個	
そ の 他								
手 術	抜 歯	乳歯	前歯	臼歯	難歯			
	そ の 他							
麻 酔	特 定 薬 剤							
	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	
	食 事 療 養 (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。