

治療費明細並びに領収書

(令和 年 月分)

[組合員・家族]

被保険者 番号		枝番		住所																	
氏名	(男・女) 昭・平・令 年 月 日生				診療日 (○で囲んで 下さい)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															
						傷病名	診療開始日	① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日 ⑤ 年 月 日	転 帰	診療実日数	日										

診療内容	金額(円)	審査(点)	摘要
(11) 初診 (時間外・休日・深夜) 回		※	
(12) 再診	回		
外来管理加算	回		
時間外・休日・深夜	回		
(13) 医学管理			
(14) 在宅			
(20) 投薬	(21) 内服薬 単位		
	(調) 回		
	(22) 頓服薬 単位		
	(23) 外用薬 単位		
	(調) 回		
	(25) 処方 回		
	(26) 麻毒 日		
(27) 調基			
(30) 注射	(31) 皮下筋肉内 回		
	(32) 静脈内 回		
	(33) その他 回		
(40) 処置	回		
(50) 手術	回		
(60) 検査	回		
(70) 画像	回		
(80) その他	回		
合計	円	* [A] 点	支給決定額 [A] × 10円 - ([A] × 10円 ×) 円

(注) ※印欄は記入しないで下さい

金 <u> </u> 円也 領収致しました。	医療機関 所在地 名称 (電話番号) 代表者 氏 名	県 N o. コード
令和 年 月 日		(印)

治療費明細並びに領収書

(令和 年 月分)

[組合員・家族]

被保険者番号		枝番		住所																
氏名	(男・女) 昭・平・令 年 月 日生			診療日 (○で囲んで下さい)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															
					傷病名	①	診療開始日	①	年	月	日	転帰	診療実日数	日						
②	②	年	月	日																
③	③	年	月	日																
④	④	年	月	日																
⑤	⑤	年	月	日																
診療内容		金額(円)	審査(点)	摘要																
(11) 初診	(時間外・休日・深夜)	回	※	(注) ※ 印欄は記入しないで下さい																
(13) 医学管理																				
(14) 在宅																				
(20) 投薬	(21) 内服薬	単位																		
	(22) 頓服薬	単位																		
	(23) 外用薬	単位																		
	(24) 調剤	日																		
	(26) 麻毒	日																		
(27) 調基																				
(28) その他																				
(30) 注射	(31) 皮下筋肉内	回																		
	(32) 静脈内	回																		
	(33) その他	回																		
	(39) 薬剤料減点																			
(40) 処置	回																			
(50) 手術	回																			
(60) 検査	回																			
(70) 画像	回																			
(80) その他	回																			
(90) 入院	入院年月日	年 月 日																		
	(90) 入院基本料	日																		
	(92) 特定入院料 その他																			
合計		円	* [A] 点	(97) 食事 円 食生活 円 事活環境 円	費用額	標準負担額	* [B]													
				食事生活療養 回	円	円	円													
				[A] × 10円 - ([A] × 10円 × + [B])			支給決定額													
							円													

金 _____ 円也

領収致しました。

令和 年 月 日

代表者 氏名

(電話番号)

(印)

県 No. [] [] コード [] [] [] [] [] [] [] []

医療機関 所在地

名称

治療費明細並びに領収書

(令和 年 月分)

[組合員・家族]

被保険者番号		枝番		住所																																	
氏名				昭・平・令 年 月 日	男 女	診療日 (○で囲んで下さい)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
傷病名 部位																	開始日	年 月 日		届出 補管 歯初診	※ 審査 (点)																
11初診	時 休 深 乳 乳・時 乳・休 乳・深 特 特導 特連 特地 外来環																実日数	日		点																	
12再診	時 休日 深夜 乳 乳・時 乳・休日 乳・深夜 特 再外来環																転帰																				
13管リ	歯管 + + + + +				義管	実地指	P画像	歯リ	その他																												
21投薬・注射																	調	処方 +	情 +	処 +	注																
31 X線 検査	全顎 枚		色調	P混検	P部検		基本検査	精密検査	その他																												
	標		S培	顎運動	菌検																																
	パ		EMR																																		
処 置 ・ 手 術	41	う蝕	保護	Rコ	填塞	Hys		咬調																													
		抜	感根処	根	根	加圧根充	生切	除	T. Cond	F局																											
		髓		貼	充			去	菌清	P処																											
		42	SC	+	+	SRP 前	小	大	前	小	大																										
	43	抜歯 乳 前 + 臼 + 埋 + 切開																																			
	44	その他																																			
54麻酔	伝麻		浸麻	その他																																	
歯 冠 修 復 及 び 欠 損 補 綴	61	補診	維持管理																																		
		前C (生単)	前C (失単)	(窩洞)																																	
		前C (生)	前C (生)																																		
		前接 金	前接 金																																		
		支台 印象	支台築造	メタル	前小	大	その他	前小	大	修形	充形	+																									
		62	金属 歯冠 修復	乳前小銀	前小バ	大バ	大銀	硬ジ	乳	仮着	装着	充填1	材充1	充填2	材充2																						
			GAD in	(1)	(2)	(3)	子冠	前手	根バ 前小	バ 大	銀 前小	銀 大	レジン																								
			ボン テ イ ツ ク	バ前	銀前	バ大	鑄造	バ小	銀小	銀大	銀	パ 銀	コバ	屈曲不特	保																						
			有	1~4 歯	5~8 歯	9~11 歯	12~14 歯	總義歯	床 適 合	磁石 磁性 アタ ッチ メン ト	キ付 根板	銀	前小 大 前小 大	鑄造 鉤	バ 腕 大 腕 小 腕 前	コンビ	コバ	腕	線 鉤	不 特 ア リ	双 ア リ	間 接 レ ジ ン	人工 歯														
		64	その他																																		
80	その他																																				
99 摘要																	合計																				

(注) ※印欄は記入しないで下さい

※ (決定点数 × 10円) - (決定点数 × 10円 ×) = 支給決定額 円

金 円也

領収致しました。

令和 年 月 日

代表者 氏 名

(電話番号)

(印)

県 No. コード

医療機関 所在地

名 称

代表者 氏 名

治療費明細並びに領収書

(令和 年 月分)

[組合員・家族]

被保険者番号		枝番		住所																
氏名		昭・平・令 年 月	男 女	診療日 (○で囲んで下さい)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
医療機関				保険医氏名	1				5											
					2				6											
					3				7											
					4				8											
																				回

医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調 剤 数 量	調 剤 報 酬 金 額			審 査 (点)	
			医薬品・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料 (円)		薬剤調製料 調剤管理料 (円)	薬剤料 (円)	加算料 (円)		
										※

(注) ※印欄は記入しないで下さい

合 計	基 本 料	時 間 外	薬 学 管 理 料	※ 決 定 点 数
円	円	円	円	点

※ 決定点数×10円－(決定点数×10円×) = 支給決定額 円

金 円也 領収致しました。

令和 年 月 日

代表者 氏 名

県 No. [] コード []

保 険 薬 局 所 在 地

名 称

(電話番号)

(印)