「診療明細書」が交付されなかった場合、医療機関に本票の作成を依頼してください。
※明細書の名称は医療機関によって異なりますが、健康保険に申請するために必要な明細であることを伝えてください。

領　収　（　診　療　）　明　細　書

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の文字を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください

患者氏名		性別	男　女	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
傷病名部位				診療期間	年　月　日から 年　月　日まで （診療実日数）　日間

初診		時間外(　)	休日(　)	深夜(　)	乳(　)	乳・時間外(　)	乳・休日(　)	乳・深夜(　)	障(　)	障指(　)	点	
再診		時間外　×	休日　×	深夜　×	乳　×	乳・時間外　×	乳・休日　×	乳・深夜　×	障　×			
指導	総指	C指	P指	義歯指	継続	歯清	衛実	F局	F洗	医管	その他	
投薬・注射	内屯外注	調　× ×	処方　×	情　× ＋ ×	処　× ×	注　× ×						
X線・検査	全顎　枚	模　×	S倍　×	平　×	基本検査	×	×	精密検査	×	×	その他	
	標　× ×	写　×	維管診　×	測　×		×	×		×	×		
	パ　× ×	EMR　× × × ×				×	×		×	×		

処置・手術	う蝕　×	履罩　× ×	填塞　×	除去　× × ×	知覚過敏　× ×	咬調　× ×	ラバー　×					
	抜髄	感染根拠	根管貼薬	根充	抜髄即充	感根即充	加圧根充	生切	尖切			
	×	×	×	×	×	×	×	×	×			
	×	×	×	×	×	×	×	×	×			
	スケーリング　× ＋ ×	SRP　前　×	小　×	大　×	Pcur　前　×	小　×	大　×	P処　×				
	抜歯　乳　×	前　×	臼　×	難　×	理　× ＋ ×	切開　× ×						
	その他	特定薬剤										

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　× × ×	印象　× × × × × × × × ×									
	歯冠形成	（生活）前　×	（失活）前　× ＋ ×	（窩洞）　×	充形　×	咬合	× × × × × ×					
		鋳ジ　×	鋳ジ　× ＋ ×		修形　×	試適	× × × ×					
		乳　×	乳　× ＋ ×			支台築造	メタル　前小　×	大　×	その他　前小　×	大　×		

鋳造歯冠修復	インレー単純	インレー複雑	前歯3/4冠	4/5冠	全部鋳造冠	前装鋳造冠					
乳前小銀	×	×	×	×	×	×	ジ	×	EE　×	研磨　×	
前小パ	×	×	×	×	×	×	硬ジ	×	充填	× ×	
前小二	×	×	×	×	×	×	乳	×	充填材料	充Ⅰ	× ×
大パ	×	×		×	×		修理	×		充Ⅱ	× ×
大銀	×	×		×	×		装着	× ×		充Ⅲ	× ×
大二	×	×		×	×		装着材料	× ×		その他	×
14K		×	×					×	リテイナー	× ×	
									仮装	× ×	

ポンティック											
鋳造	パ大　×	パ小　×	裏装	パ大　×	パ小　×	Br装着	×	バー	鋳	パ　×	二　×
	二　×	銀　×		14K　×	他　×		×		屈曲	パ上　×	下　×
前装	パ　×	二　×	銀　×				×			不持　×	保　×

有床義歯														
1～4歯　×	床裏装	×	鋳造鉤	14K	双大　×	パ	双大　×	線鉤	14K	双　×	不・特	双　×	レスト無　×	人工歯	× ×
5～8歯　×		×			双小　×		双小　×			レスト有　×		レスト有　×	フック・スパー　×		× ×
9～11歯　×		×			両大　×		両大　×	二		双　×	床修理	×	義歯調整		× ×
12～14歯　×		×			両大小　×		両大小　×			両　×		×	＋		× ×
総義歯　×		×			両前　×		両前　×					×			× ×
その他															

その他	

摘要	公費：有(　　)・無 1点＿＿＿＿円換算	合計	領収(診療)額	円	診療点数	点

上記のとおり領収(診療)いたしました。

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の電話番号
医師の氏名　　印

平成　　年　　月　　日

201905