

医療等の状況 (診療報酬領収済明細書)

平成 令和 年 月 日

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童等 生徒等	氏名	男 女	平成 令和	年	月	日	診療開始日	平成・令和 年 月 日						
							診療実日数	日						
傷病名 (部位)							転帰	治ゆ	死亡	中止				
	初診	時間外 休日 深夜 乳 障 障導 紹						点						
再診	再診 × × × × 時間外 × 休日 × 深夜 × 乳 障 × 指導						衛	+	F	洗				
	P総診		病共管		その他									
X線 検査	投薬・注射		内屯外注		調 × × 処方 × + × 情 × × 処 × × + ×		注	× ×						
	パ 全 類 標	× ×	模 S 培 × ×	平 測 × ×	写 P 診 × ×	基 本 検 査 × ×	精 密 検 査 × ×	そ の 他 × ×						
処 置 ・ 手 術	普処 × ×		覆罩 × ×		填塞 × + ×		除去 × × ×		知 覚 過 敏 × × ×		ラバー × 咬調 ×			
	抜 ×	感 染 ×	感 染 ×	根 管 ×	根 ×	抜 髓 ×	感 根 ×	加 圧 ×	生 切 ×	ス ケー ×				
	髓 ×	根 処 ×	貼 薬 ×	充 ×	即 充 ×	即 充 ×	根 充 ×	根 充 ×	失 切 ×	P 処 ×				
	SRP × × × × × × × ×						PCur × × × × × × × ×		切 開 × ×					
抜 歯	乳 ×	前 ×	臼 ×	難 ×	埋 ×	+ ×	搔 爬 ×	付 着 ×	GEct ×	F0p ×				
そ の 他							特 定 薬 剤							
麻 酔	伝 麻 ×		浸 麻 ×		I S × + ×		そ の 他							
	補 診	+	維 持 管 理	× × × ×		印 象		× × × × × × × × × ×						
歯 冠 形 成	前 鑄 (生活) × ×		前 鑄 (失活) × ×		(根 面) × × × ×		充 形 × ×		咬 合 × × × × × × × ×					
	乳 帶 × ×		乳 帶 × ×		(窩 洞) × ×		修 形 × ×		試 適 × × × × × × × ×					
	支 台 築 造 × ×		メ タ ル × ×		そ の 他 × ×									
	メ タ ル × ×		そ の 他 × ×											
鑄 造 歯 冠 修 復 及 び 欠 損 補 綴	14 K × ×		× ×		充 × ×		充 填 材 料 × ×		ア × ×		グ × ×	そ の 他 × ×	E E × ×	
	バ 大 × ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×		研 磨 × ×	
	バ 小 × ×		× ×		× ×		× ×		前 装 冠 × ×		ニ × ×		銀 × ×	
	ニ 大 × ×		× ×		× ×		× ×		大 × ×		大 × ×		繼 続 歯 14K × ×	ニ × ×
	ニ 小 × ×		× ×		× ×		× ×		金 屬 冠 × ×		小 × ×		小 × ×	銀 × ×
	銀 大 × ×		× ×		× ×		× ×		金 屬 冠 × ×		小 × ×		小 × ×	銀 × ×
有 床 義 歯	銀 小 乳 × ×		× ×		× ×		× ×		ジ × ×		硬 ジ × ×		乳 × ×	修 理 × ×
	鑄 造 × ×		バ 大 × ×		バ 小 × ×		裏 装 × ×		バ 前 × ×		バ 小 × ×		バ 鑄 × ×	
	ニ × ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×	
	前 装 × ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×	
そ の 他	1 ~ 4 歯 × ×		床 × ×		裏 装 × ×		鑄 造 × ×		雙 大 × ×		雙 小 × ×		線 鉤 × ×	
	5 ~ 8 歯 × ×		× ×		× ×		× ×		雙 大 × ×		雙 小 × ×		× ×	
	9 ~ 11 歯 × ×		× ×		× ×		× ×		雙 大 × ×		雙 小 × ×		× ×	
	12 ~ 14 歯 × ×		× ×		× ×		× ×		雙 大 × ×		雙 小 × ×		× ×	
總 義 歯 × ×	× ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×	
そ の 他														
そ の 他														
摘 要							合 計		点					
							※ 決 定	10 円 ×	点 × $\frac{4}{10}$ =		円			
上記のとおり領収しました。														
令和 年 月 日 殿 医療機関所在地及び名称 氏名 印														

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養以外の療養（歯科）を受けた場合に使用すること。
 2 ※印は、記入しないこと。
 3 この明細書の用紙は、日本産業規格 A 4 縦型とすること。