

医療等の状況 (診療報酬領収済明細書)

令和 年 月 分

○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	氏名			男	昭和 年 月 日生	診療開始日	令和 年 月 日														
				女	平成 年 月 日生	診療実日数	日														
傷(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																	
	投薬・注射	内屯外注	調 × ×	処方 × + ×	情 × ×	処 × × + ×	注	×	×												
X線検査	パ ×	模 ×	平 ×	写 ×	基 × ×	精 × ×	そ														
	全顎 × ×	S 培 ×	測 ×	P 継診 ×	本 × ×	密 × ×	他														
	標 × ×	EMR × × × ×			検 × ×	検 × ×															
処置・手術	普処 ×	覆罩 × ×	填塞 × + ×	除去 × × ×	知過 × ×	ラバー ×	咬調 ×														
	抜 ×	感染 ×	根管 ×	根 ×	抜 × ×	感 × ×	加 × ×	生切 ×	スケー ×												
	髓 ×	根 ×	管 ×	充 ×	髓 × ×	根 × ×	圧 × ×	失切 ×	リング + ×												
	S R P × × × × × × ×				P C u r × × × × × × ×	切開 × × ×															
	拔牙 乳 × 前 × 白 × 難 × 埋 × + ×			搔爬 × ×	付着 ×	G E c t × ×	F 0 p × ×														
	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 ×	前 ×	+	+	+	(根面) ×	充形 ×	咬合 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
	鑄 ×	鑄 ×	+	+	+	(窩洞) ×	修形 ×	試適 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
	乳 ×	乳 ×	×	×	×	×	×	支台 ×	メ ×	×	その ×	×	×	×	×	×	×	×	×		
	帯 ×	帯 ×	×	×	×	×	×	築造 ×	タル ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
歯冠修復及び欠損補綴	14 K ×	×	×	×	×	充 ×	×	充 ×	ア ×	×	グ ×	その ×	E E ×	×	×	×	×	×	×		
	バ ×	×	×	×	×	填 ×	×	ア ×	光 ×	×	複 ×	他 ×	E E ×	×	×	×	×	×	×		
	バ ×	×	×	×	×	前 ×	装冠	バ ×	ニ ×	×	銀 ×	×	リ ×	×	×	×	×	×	×		
	二 ×	×	×	×	×	金 ×	大 ×	大 ×	ニ ×	×	銀 ×	×	リ ×	×	×	×	×	×	×		
	二 ×	×	×	×	×	冠 ×	小 ×	小 ×	ニ ×	×	銀 ×	×	リ ×	×	×	×	×	×	×		
	銀 ×	×	×	×	×	冠 ×	圧 ×	他 ×	仮 ×	着 ×	×	×	再 ×	×	×	×	×	×	×		
	銀 ×	×	×	×	×	冠 ×	ジ ×	×	硬 ×	ジ ×	×	×	乳 ×	×	×	×	×	×	×		
	ボ ×	ニ ×	×	×	×	裏 ×	バ ×	×	バ ×	×	ニ ×	×	装 ×	×	×	×	×	×	×		
	ン ×	ニ ×	×	×	×	裏 ×	バ ×	×	バ ×	×	ニ ×	×	装 ×	×	×	×	×	×	×		
	テ ×	ニ ×	×	×	×	裏 ×	バ ×	×	バ ×	×	ニ ×	×	装 ×	×	×	×	×	×	×		
	ィ ×	ニ ×	×	×	×	裏 ×	バ ×	×	バ ×	×	ニ ×	×	装 ×	×	×	×	×	×	×		
	ック ×	ニ ×	×	×	×	裏 ×	バ ×	×	バ ×	×	ニ ×	×	装 ×	×	×	×	×	×	×		
	有 ×	1 ×	×	×	×	床 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
	床 ×	5 ×	×	×	×	裏 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
	義 ×	9 ×	×	×	×	裏 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
	歯 ×	12 ×	×	×	×	裏 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
	總 ×	義 ×	×	×	×	裏 ×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
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 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、日本工業規格A4縦型とすること。