様式第２１号（第２４条関係）

国民健康保険療養費領収書（内容明細書）（歯科）

年　月分

一金　円也　年　月　日

上記のとおり領収しました。

内容以下のとおり。　領収者氏名　㊞

被保険者	※　記号　番号 様	生年月日	年　月　日

業務上の事由	1　職務上　2　下船後３月以内　3　通勤災害　4　交通事故
傷病名部位	

診療開始日	年　月　日	診療実日数	転帰
		日	治癒　死亡　中止

医療機関及び療担当者所在地氏名

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									指導	衛＋	F	洗					
	G総診	P総診	病共管　I　II	医管	その他													
投薬・注射	内　屯　外　注　調　×　×　処方　×　＋　×　情　×　×									処　×　×　＋　×			注　×　×					
X線検査	パ　×　× 全額　枚 標　×　×	模　× S培　×	平　× 測　×	写　× G継診　P継診	基本検査　×　× ×　× ×　×	精密検査　×　× ×　× ×　×	その他											
	EMR　×　×　×　×																	
処置・手術	普処　×	覆罩　×　×	填塞　×　＋　×	除去　×　×　×	知覚過敏　×　×	ラバー　×	咬調　×											
	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　× ×	スケーリング　× ＋　×									
								失切　×	P処　×									
	SRP　×　×　×　×　×　×				SRP　×　×　×　×　×　×			切開　×　×										
	抜歯	乳　×　前　×　臼　×　難　×　埋　×　＋　×				掻爬　×	付着　×	GEct　×	F0p　×									
	その他							特定薬剤										
麻酔	伝麻　×	浸麻　×	IS　×　＋　×	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	前鋳　× 乳　× 帯　×	前鋳　×＋× 乳　× 帯　×	（生活） （失活）	（根面） （窩洞）	充形　× ×＋× 修形　×	咬合	×　×　×　×　×　×										
							試適	×　×　×　×										
							支台築造	メタル　× × ×	その他　× × ×									
	鋳造歯冠修復	14K		×	×			充填	×	充填材料	ア　× ×	光　× ×	ク・複　× ×	その他　× ×	EE　× 研磨　×			
		パ大	×	×		×	×											
		パ小前	×	×	×	×	×	前装冠	パ　×　ニ　×　銀　×						リテイナー	× ×		
		二大	×	×		×	×	金属冠	圧	大　× 小　×	鋳	大　× 小　×	継続歯	14K　×　ニ　× パ　×　銀　×				
		二小前	×	×	×	×	×								装着	× ×		
		銀大	×	×		×	×		圧鋳他　×				仮着　×　×					
		銀小前乳	×	×	×	×	×	ジ　×		硬ジ　×　×			乳　×		修理　×			
	ポンティック	鋳造	パ大　×　パ小　× 二　×　銀　×	裏装	パ前　×　パ小　× 14K　×　他　×	Br装着	× × ×	装着材料	× × ×	パー	鋳屈曲	パ　×　ニ　× パ上　×　下　× 不特　×　強　×	人工歯	×　× ×　× ×　× ×　× ×　×				
		前装	パ　×　ニ　×　銀　×															
	有床義歯	1～4歯　×	床裏装	×	鋳造鉤	双大　×　双大 双小　×　双小 両前　×　両前	線鉤	14K	双　× レスト　× アリ	不・特	双　× レスト　× ナシ フッタ スパー　×							
		5～8歯　×		×														
		9～11歯　×		×														
		12～14歯　×		×		14K大　両　×　バ大 大　両　× 小　双× 両　二 前　両×												
		総義歯　×		×														
							床修理	× × ×	義歯調整	× Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ 新製・裏装・Ⅰ・Ⅱ算定（　年　月）							
	その他																	
その他																		

摘要		公費分点数	請求	点	合計	点
			決定	※　点		
		患者負担額（公費）		円	決定	点　㊞
		高額療養費		※	一部負担金額	減額　割（円） 免除・支払猶予　円

備考

1　医療機関担当者が、領収者氏名と同一人の場合は、領収者氏名の記入及び押印は、不要です。

2　※印の記入は、不要です。