

診療報酬明細書
(歯科)

令和 年 月 分 40

都道府 医療機関コード
県番号

3 1 社 国 3 後 1 単 2 本 8 高
歯 2 公 費 4 期 2 独 4 外 0 外
科 公 退 職 3 併 6 家 0 高
3 3 3 7

保険者 番号 10 9 8
給 割 合 7 ()

被保険者証・被保険者
手帳等の記号・番号 (枝番)

氏名	1 男 2 女 1 明 2 大 3 昭 4 平 5 令 . . 生	特記事項	届 出 補管 歯初診
	職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		

保険医
療機関
の所在
地及び
名称

傷病名 部位		診療 開始日	年 月 日
		診療 実日数	日 (日)

見 本

医 保

国保連合会提出分

公費分請求 点数	決定	※	点	合 計	点
患者負担額 (公費)	円	決 定	※	点	点
高額療養費	※	円	一部負担 金額	減額 割(円) 免除・支払猶予	円

乳障親 負担者番号	40	乳障親 受給者番号	
--------------	----	--------------	--

乳障親 給付外の額	円
--------------	---

★印欄以下の記入についても必ずお願いします。