様式第三

診療報酬明細書
（歯科）

平成　　年　　月分

都道府 医療機関コード
県番号 13

3 歯科	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外- 0 高外7

――							――						
公費負担者番号							公費負担医療の給者番号						

保険者番号 | 給付割合 10 9 8 7 （ ）

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 ・ ・ 生	特記事項	届出
職務上の事由	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害		補 管・歯援診・外来環 か強診・医 管・在歯管 う処鮫歯・特 連・手歯歯根 歯 技 工・在 推 進 歯CAD・歯リハ2

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）

転帰 治ゆ 死亡 中止

| | | | | | | |