

歯科診療録

公費負担者番号								保険者番号							
公費負担医療の受給者番号								被保険者証		記号番号					
受診者	氏名							有効期限		令和 年 月 日					
	生年月日	明大昭平 年 月 日生				男女		交付年月日		平・令 年 月 日					
	資格取得	昭・平・令 年 月 日						世帯主氏名							
	住所							特別区名							
		電話 - -						市町村名							
	職業			世帯主との続柄				国民健康保険組合							

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰	
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		〔主 訴〕 その他摘要
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		

備 考																								
保険証の確認	1月		2月		3月		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月	

月 日	部 位	療 法 ・ 処 置	点 数	負担金徴収額
／				
／				
／				
／				
5	／			
	／			
	／			
	／			
	／			
10	／			
	／			
	／			
	／			
	／			
15	／			
	／			
	／			
	／			
	／			
20	／			
	／			
	／			
	／			
	／			
25	／			
	／			
	／			
	／			
	／			