様式第11号（第6条関係）

保険別　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月分個人別歯科診療費調定及び一部負担金徴収補助簿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＮＯ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一連番号 | 住 | 世 | 患 | 初診 | 投薬料 | 注射料 | 使用料 | 処置料 | インレー充塡料 | 補てつ料 | 手術料 | 麻酔 | その他 | 検査料 | その他 | 合計点数 | 合計金額 | 調定及収入済額 | 未収額及徴収金整理 |
|  | 帯主名 | 者 | 時間外深夜 |  |  |  |  | レ線 | その他 | 処置 | (複) | 抜髄（単）　　　（複） | 根充（単）　　　（複） | 特殊薬剤 | 軟処置外科後処置 | 特定薬剤 | 歯石除去膿漏処置 | その他 | 特定薬剤 | 除去調整 | ア硅レ燐 | 14Ｋ | 義歯 | フ14Ｋクラス | バー | 継続歯 | 支台 | 冠 | ダミー | その他 | 抜歯乳前臼難理 | その他 | 特殊薬剤 | 伝麻 | 浸麻 | 一部負担金 | 未収金 |
| 診 | 撮 | ルムフイ |  |  |
| 複雑ポスト |
|  |  |  |  |  | 床歯 | 有ナシ | 特殊鋼 | 14Ｋ |  | 金大小 | 前歯臼歯 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 名 | その他 | 特双不 | レ | ア | 今大小 | 収入額円 | 徴収額円 |
| 不鋼 | その他陶 | その他 |
| 所 | 有ナシ | その他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 計 |  | 件 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |