

【自由診療費ご記入上のご注意】

1歯ごとに、自由診療治療費+補綴費の合計を記入ください(消費税も含む)
 複数の自由診療があり1歯ごとの金額が算定できない場合「右上1、右上2 合計〇円」等と記入ください
 物品購入費、ホワイトニング費など治療、補綴に関わらない自由診療費は除外ください
 診断書料は別途「診断書料」の枠内に記入ください

患者様名				自由診療費	診断日(治療開始日)
自由診療補綴箇所をチェックください		自由診療補綴種類をチェックください		自由診療費	診断日(治療開始日)
右上 □□□□□□□□ 8 7 6 5 4 3 2 1	左上 □□□□□□□□ 1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> インレー	年 月 日		年
		<input type="checkbox"/> クラウン			
		<input type="checkbox"/> ブリッジ 抜歯日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 抜歯なし			
8 7 6 5 4 3 2 1 □□□□□□□□	1 2 3 4 5 6 7 8 □□□□□□□□	<input type="checkbox"/> インプラント 抜歯日 年 月 日 ※既存インプラントの修理再製作は補償対象外	円 (税込)	月	日
右下	左下				
自由診療補綴箇所をチェックください		自由診療補綴種類をチェックください		自由診療費	診断日(治療開始日)
右上 □□□□□□□□ 8 7 6 5 4 3 2 1	左上 □□□□□□□□ 1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> インレー	年 月 日		年
		<input type="checkbox"/> クラウン			
		<input type="checkbox"/> ブリッジ 抜歯日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 抜歯なし			
8 7 6 5 4 3 2 1 □□□□□□□□	1 2 3 4 5 6 7 8 □□□□□□□□	<input type="checkbox"/> インプラント 抜歯日 年 月 日 ※既存インプラントの修理再製作は補償対象外	円 (税込)	月	日
右下	左下				
自由診療補綴箇所をチェックください		自由診療補綴種類をチェックください		自由診療費	診断日(治療開始日)
右上 □□□□□□□□ 8 7 6 5 4 3 2 1	左上 □□□□□□□□ 1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> インレー	年 月 日		年
		<input type="checkbox"/> クラウン			
		<input type="checkbox"/> ブリッジ 抜歯日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 抜歯なし			
8 7 6 5 4 3 2 1 □□□□□□□□	1 2 3 4 5 6 7 8 □□□□□□□□	<input type="checkbox"/> インプラント 抜歯日 年 月 日 ※既存インプラントの修理再製作は補償対象外	円 (税込)	月	日
右下	左下				
自由診療補綴箇所をチェックください		自由診療補綴種類をチェックください		自由診療費	診断日(治療開始日)
右上 □□□□□□□□ 8 7 6 5 4 3 2 1	左上 □□□□□□□□ 1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> インレー	年 月 日		年
		<input type="checkbox"/> クラウン			
		<input type="checkbox"/> ブリッジ 抜歯日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 抜歯なし			
8 7 6 5 4 3 2 1 □□□□□□□□	1 2 3 4 5 6 7 8 □□□□□□□□	<input type="checkbox"/> インプラント 抜歯日 年 月 日 ※既存インプラントの修理再製作は補償対象外	円 (税込)	月	日
右下	左下				

診断書料	円 (税込)
上記のとおり診断・証明します	医療機関名
年 月 日	住所
	電話番号
	歯科医師名

自由診療用 診断書 記入例

【自由診療費ご記入上のご注意】

1歯ごとに、自由診療治療費+補綴費の合計を記入ください(消費税も含む)
 複数の自由診療があり1歯ごとの金額が算定できない場合「右上1、右上2 合計〇円」等と記入ください
 物品購入費、ホワイトニング費など治療、補綴に関わらない自由診療費は除外ください
 診断書料は別途「診断書料」の枠内に記入ください

患者様名		田中 ●●		
自由診療補綴箇所をチェックください		自由診療補綴種類をチェックください		
右上 8 7 6 5 4 3 2 1 [] [] [] [] [] [] [] [] 8 7 6 5 4 3 2 1 [] [] [] [] [] [] [] [] 右下 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] []	左上 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] [] 左下 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] []	<input checked="" type="checkbox"/> インレー <input type="checkbox"/> クラウン <input type="checkbox"/> ブリッジ 抜歯日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 抜歯なし <input type="checkbox"/> インプラント 抜歯日 年 月 日 <small>※既存インプラントの修理再製作は補償対象外</small>	自由診療費 66000円 <small>(税込)</small>	診断日(治療開始日) 2023年 8月10日
自由診療補綴箇所をチェックください		自由診療補綴種類をチェックください		
右上 8 7 6 5 4 3 2 1 [] [] [] [] [] [] [] [] 8 7 6 5 4 3 2 1 [] [] [] [] [] [] [] [] 右下 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] []	左上 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] [] 左下 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] []	<input type="checkbox"/> インレー <input checked="" type="checkbox"/> クラウン <input type="checkbox"/> ブリッジ 抜歯日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 抜歯なし <input type="checkbox"/> インプラント 抜歯日 年 月 日 <small>※既存インプラントの修理再製作は補償対象外</small>	自由診療費 左上4番 左上5番 合計22万 円 220000円 <small>(税込)</small>	診断日(治療開始日) 2023年 9月15日
自由診療補綴箇所をチェックください		自由診療補綴種類をチェックください		
右上 8 7 6 5 4 3 2 1 [] [] [] [] [] [] [] [] 8 7 6 5 4 3 2 1 [] [] [] [] [] [] [] [] 右下 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] []	左上 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] [] 左下 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] []	<input checked="" type="checkbox"/> インレー <input type="checkbox"/> クラウン <input checked="" type="checkbox"/> ブリッジ 抜歯日 2023年9月30日 <input type="checkbox"/> 抜歯なし <input type="checkbox"/> インプラント 抜歯日 年 月 日 <small>※既存インプラントの修理再製作は補償対象外</small>	自由診療費 330000円 <small>(税込)</small>	診断日(治療開始日) 2023年 9月30日
自由診療補綴箇所をチェックください		自由診療補綴種類をチェックください		
右上 8 7 6 5 4 3 2 1 [] [] [] [] [] [] [] [] 8 7 6 5 4 3 2 1 [] [] [] [] [] [] [] [] 右下 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] []	左上 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] [] 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] [] 左下 1 2 3 4 5 6 7 8 [] [] [] [] [] [] [] []	<input type="checkbox"/> インレー <input type="checkbox"/> クラウン <input type="checkbox"/> ブリッジ 抜歯日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 抜歯なし <input checked="" type="checkbox"/> インプラント 抜歯日 2023年10月30日 <small>※既存インプラントの修理再製作は補償対象外</small>	自由診療費 440000円 <small>(税込)</small>	診断日(治療開始日) 2023年 10月30日
診断書料		5500円 (税込)		
上記のとおり診断・証明します		医療機関名 Chubb 歯科		
2023年12月10日		住所 東京都品川区北品川1-1-1		
		電話番号 03-1111-1111		
		歯科医師名 鈴木 ●●		