

選定療養実施状況報告書 (歯科)

都道府県名

保険医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。	
保険医療機関の名称	

〔記載上の注意事項〕

- 前年7月1日から当年6月30日の間の診療実績に基づき、記載すること。
- 期間内に1. ~ 3. の全項目について診療実績がない場合は、本報告書の提出は必要ないこと。
- 期間内にいずれかの項目に診療実績がある場合は、当該保険医療機関において実施した項目の金額のみ記載**し、各項目の価格を事前に報告している場合においても、**診療実績がない項目には「-」を記載**して提出すること。
- 各項目の価格に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告をすること。

【1. 金属床総義歯の実施状況】

			金額 (消費税を含む)
金属の種類毎の 1床当たりの価格	白金加金	上顎	円
		下顎	円
	金合金	上顎	円
		下顎	円
	コバルトクロム合金	上顎	円
		下顎	円
	チタン合金	上顎	円
		下顎	円
	その他の金属 ( )	上顎	円
		下顎	円

※ その他の金属欄は商品名ではなく、一般名を記載すること。

【2. う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況】

		金額 (消費税を含む)
継続管理の種類	フッ化物局所応用 (1口腔1回につき)	円
	小窩裂溝填塞 (1歯につき)	円

【3. 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給の実施状況】

		金額 (消費税を含む)
金合金 (1歯につき)		円
白金加金 (1歯につき)		円