

(別紙様式 14)

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(変更)報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関コード	〒	—
保険医療機関の 所在地・連絡先	〒 ()	—
保険医療機関名称		
開設者名		印

東北厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

金属の種類	1歯当たりの価格
金合金・白金加金	円
金合金・白金加金	円

注1 金属の種類は、前歯部の金属歯冠修復に使用する金属を○で囲むこと。

注2 1歯当たりの価格は、医療機関内の掲示金額を記入すること。