（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。

令和　　年　　月　　日

（医療機関コード：　　　　　　　　）

保険医療機関の

連絡先

担当者：

電話番号：

所在地及び名称

開 設 者 名

関東信越厚生局長　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  |   |
| 金合金・白金加金  |   |

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丸でかこむこと。

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。