（別紙様式５）

# 金属床による総義歯の提供の実施（変更）報告書

上記について報告します。

令和　　年　　月　　日

連絡先

担当者：

電話番号：

（医療機関コード：　　　　　　　）

保険医療機関の

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床当たりの価格  |
|  上 顎  |  下 顎  |
|     |     |     |
|     |     |     |
|     |     |     |
|     |     |     |
|      |      |      |

 注１　金属の種類は、床に使用する金属の一般名を記入すること。

 注２　１床当たりの価格は、医療機関内の掲示金額を記入すること。

 上記の金額から、熱可塑性樹脂を用いて総義歯を作製した場合の金額（保険外併用療養費）（概

ね　　　　円）を差し引いた分を特別の料金として患者から徴収します。