

(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。

平成 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者名

⑩

(法人の場合は、法人印)

(連絡先) TEL () -

四国厚生支局長 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成した場合の金額（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。