（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

保険医療機関の

所在地及び名称

開　設　者　名

東北厚生局長　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。