

(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

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。