

クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出書添付書類

補綴物の維持管理を実施し、クラウン・ブリッジ維持管理料を
保険医療機関単位で算定する旨届出します。

1. 補綴物の維持管理の責任者(歯科医師)

氏 名	役 職

2. 具体的な維持管理方法

--

3. 保険医療機関開設年月(はっきりと年号の□にチェックマークを記載すること)

<input type="checkbox"/> 昭 和	_____年	_____月
<input type="checkbox"/> 平 成		

4. 保険医療機関コード

--