参考様式第５号

**歯 科 補 綴 等 見 積 書**

被災者　住　　所

氏　　名

傷 病 名

　　上記の者に対する補綴等の見積りは、次のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 歯冠修復  の方法  欠損補綴 |  | | | | |
| 使用材料 |  |  |  |  |  |
| １歯当たりの単価 |  |  |  |  |  |
| 補綴を必要  とする歯 | 歯 | | | | |
| 上記材料を使用  する理由（効果  及び技術上の必  要性） |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金山形県支部長　様

医療機関　所 在 地

名　　　　称

歯科医師氏名