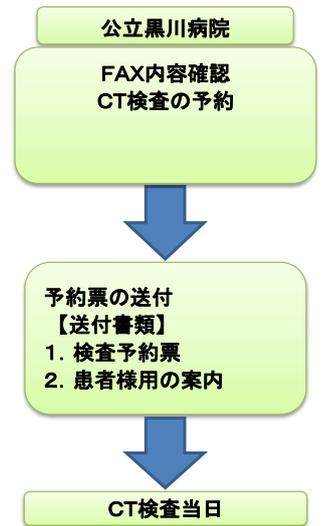
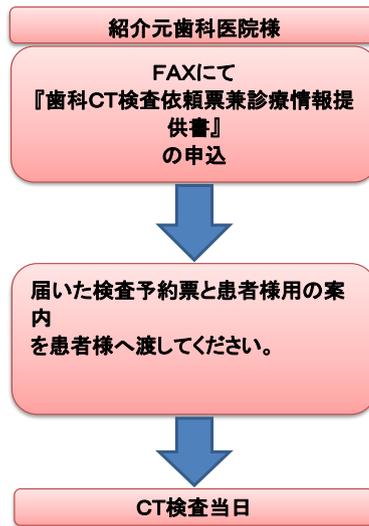
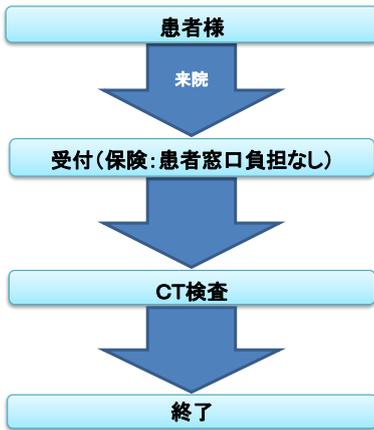
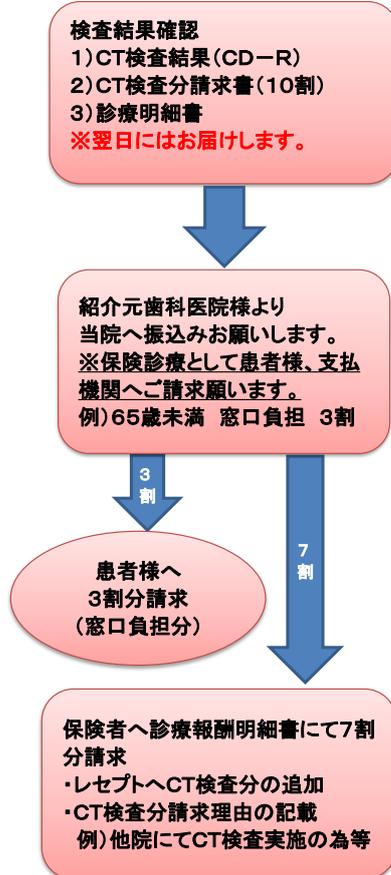


## 歯科CT検査の流れと請求について



	負担額	支払い場所
患者様	【1割】 1,020円 【2割】 2,040円 【3割】 3,060円	かかりつけの 歯科医院様
	【1割】 1,650円 【2割】 2,040円 【3割】 4,950円	かかりつけの 歯科医院様
歯科医院様	【10割】10,200円	公立黒川病院
	【10割】16,500円	公立黒川病院



令和5年6月  
公立黒川病院 地域連携室  
TEL 022-345-3101  
担当 佐藤 亜紀子・宮澤 玲子