

# 保証書

## インプラント破損修復院内保証システム

(破損とは折れた・割れた時の事です)

氏名

様

保証内容	インプラントおよびインプラント上部構造体(破損に限る)
保証期間	年 月 日～10年
自己負担額	インプラントおよび上部構造体は下記の料率に基づく
保証制約	下記チェック項目に準ずる

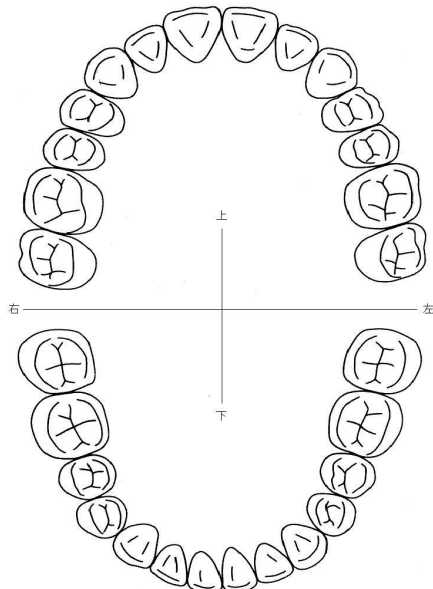
作成日 年 月 日

### 【保証制度 前提条件】

- 最低6ヶ月に1度の定期検診(有料)を受けること。
- 禁煙していること。
- 歯科医師の指示を守ること(マウスピースの装着等)。

### インプラント本体・上部構造体負担額(破損・修復時の価格に準ずる)

経過年数	～3年	3～4年	4～5年	5～6年	6～7年	7～8年	8～9年	9～10年
自己負担額	0%	10%	20%	30%	40%	50%	70%	90%



名称(補綴物)

歯科医師名

〒182-0002

東京都調布市仙川町 1-11-8

仙川 FT ビル 3F

医療法人社団永研会 永研会クリニック 歯科



医療法人社団 永研会  
Eiken Medical Group