

# 事前に保険適応の有無の判断を求める ブリッジ製作に係る理由書

(クラウン・ブリッジ維持管理中に係る場合以外)

平成 年 月 日

中国四国厚生局長 殿

医療機関コード \_\_\_\_\_

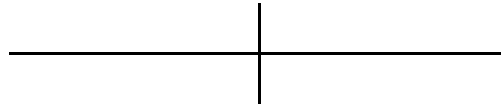
保険医療機関の名称  
および所在地

開設者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

患者氏名		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日
保険者番号		被保険者証の 記号番号	

製作予定ブリッジの歯式



事前に保険適応の有無の確認を要する事項 ※下記より該当する事項の番号に○印を付けてください

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有床義歯では目的が達せられない症例、誤嚥等の危険性が極めて大きい症例におけるブリッジ</li> <li>2. 矯正、先天性欠如等により、歯式上の間隙より実態の間隙が狭いブリッジ</li> <li>3. 歯式上の間隙が実態と異なり、歯式による取扱いでは保険給付外となるブリッジ</li> </ol> |
|--|

患者の経過等及びブリッジを製作する歯科医学上の具体的理由

--

添付資料	<input type="checkbox"/> 模型(上顎及び下顎) <input type="checkbox"/> エックス線フィルム又はその複製
------	---