

事前に保険適応の有無の判断を求める 小児義歯製作に係る理由書

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	

製作予定小児義歯の設計

患者の経過等及び小児義歯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
------	---