（やむを得ず「ブリッジの適応症と設計」に適合しないブリッジを製作する場合）

ブリッジの事前申請書（Ⅰ）

平成　　年　　月　　日

北海道厚生局長　殿

医療機関コード＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険医療機関の
名称及び所在地

開　設　者　名　　印

標記について、次の患者の ┼ 部の欠損補綴につき下記の理由により、ブリッジの事前承認を願いたく、以下の資料を添えて、その旨申請します。

添付資料：□模型(上下)　□エックス線フィルム　□＿＿＿＿＿＿

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（昭・平　　年　　月　　日生）（男・女）

保険者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者証の記号・番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（本人・家族）

公費負担者番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　公費受給者番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎　ブリッジの設計　＿＿＿＿┼＿＿＿＿

◎　ブリッジの適応症と設計に適合しないブリッジを製作する歯科医学上の具体的理由