

(クラウン・ブリッジ維持管理中にやむを得ず隣在歯等を抜歯しブリッジを製作する場合)

ブリッジの事前申請書(Ⅱ)

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 _____

◎ クラウン・ブリッジ維持管理期間中の補綴部位 (歯冠修復物) _____ クラウン・ブリッジ維持管理料算定日
_____ (_____) 平成 年 月 日

◎ ブリッジの設計 _____

◎ 事前申請に至るまでの患者の経過(隣在歯等を抜歯した具体的理由を含む)及びブリッジを
製作する歯科医学上の具体的理由

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....