

先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって
小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合

小児義歯の事前申請書

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、小児義歯の
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 _____ (平成 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 _____

公費負担者番号 _____ 公費受給者番号 _____

予定される小児義歯の設計の概要(義歯床相当部、設置予定の鉤の種類及び部位等)

事前申請に至るまでの患者の経過等(発育状態を含む全身状態、顎口腔系及び咀嚼機能の状態等)及び小児義歯を保険診療として適用する歯科医学上の具体的理由

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