

事前承認によるブリッジの製作に係る理由書

患者氏名		生年月日	T S 年 月 日生 H
保険者番号		被保険者証 記号番号	

【製作予定ブリッジの歯式】



事前承認を要する事項
※右より該当する事項の番号に○印を付してください。

1. 歯冠補綴物又はブリッジを保険医療機関において装着した日から起算して 2 年を経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯したブリッジ
2. 矯正、先天性欠如、転位等により歯式上の間隙より実態の間隙が狭いブリッジ
3. 歯式上の間隙が実態と異なり式による取扱いでは保険給付外となるブリッジ
4. 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高い症例におけるブリッジ

製作予定ブリッジに係る支台歯・欠損歯におけるクラウン・ブリッジ維持管理料算定（補管）の有無（有りの場合、算定年月日）

部位 (歯式)	補管算定の有無 (算定年月日)	部位 (歯式)	補管算定の有無 (算定年月日)
	無 有 平成 年 月 日		無 有 平成 年 月 日
	無 有 平成 年 月 日		無 有 平成 年 月 日

抜歯（予定）部位
(事前承認を要する事項欄の 1 番に係る申請時のみ記載)

部位 (歯式)	傷病名	抜歯年月日	補管算定の有無
		平成 年 月 日	無 有 平成 年 月 日
		平成 年 月 日	無 有 平成 年 月 日

歯科医学上の具体的な理由
(抜歯した理由、抜歯した歯の歯周疾患の罹患状況、支台歯の状態、ブリッジを求める理由、予後に関する意見等)
※抜歯した理由が外傷性の場合、外傷に至った原因を詳細に記入してください。

添付資料
※1及び2については必ず提出してください。

1. 模型（上顎及び下顎）
2. エックス線フィルム又はその複製
3. その他（)

上記のとおり提出します。
平成 年 月 日

(医療機関コード：)

保険医療機関の
所在地
名称
開設者氏名
電話番号



東海北陸厚生局長 殿

※注意事項

- ・本理由書を提出し、東海北陸厚生局長より承認通知があった場合のみ、保険診療の取り扱いとなります。