

事前に保険適用の可否の判断を求める ブリッジ製作に係る理由書

(クラウン・ブリッジ維持管理中に係る場合)

令和 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

電話番号 _____

患者氏名		生年月日	明・大・昭 平・令 年 月 日
保険者番号		被保険者証の 記号番号	

製作予定ブリッジの歯式 _____

クラウン・ブリッジ維持管理料(補管)の算定

算定年月日	装着物	部位(歯式)
令和 年 月 日		_____

抜歯(予定)部位

抜歯年月日	傷病名	部位(歯式)
令和 年 月 日		_____

患者の経過等(抜歯の具体的理由を含む)及びブリッジを製作する歯科医学上の具体的理由

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 <input type="checkbox"/> その他の資料()
------	---