

事前に保険適応の有無の判断を求める 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以外)

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 _____

事前に保険適応の有無の確認を要する事項 ※下記より該当する事項の番号に○印を付けてください

1. 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大きい症例におけるブリッジ
2. 矯正、先天性欠如等により、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、歯式による取扱いでは保険給付外となるブリッジ
4. 移植後一定期間経過した移植歯を支台歯とする1歯欠損症例のブリッジ

患者の経過等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
------	---