様式2

小児義歯の製作に係る事前承認申請の理由書

令和　　年　　月　　日

関東信越厚生局長　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

電　話　番　号　　－　　－

患　者　氏　名		生　年　月　日	一　　年　　月　　日
保 険 者 番 号		被保険者証の記号・番号	

小児義歯	

事 前 承 認 を 要 す る 事 項	先天性疾患以外の疾患により後続永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯

歯科医学上の具体的理由 （小児義歯を求める理由、顎堤及び残存歯の状況、予後に関する意見等）	

添 付 書 類 等 ※　1、2は必須です。該当する項目の番号に〇を付し、□には☑を入れてください。	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（□標準型 □パノラマ）
	3．その他（　　）