

事前申請を要する事項

1 次のいずれかに該当する場合は「ブリッジの事前申請書(Ⅰ)」をご使用ください。

①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

矯正・先天性欠如等により、第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる症例にブリッジを装着する場合。

②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

実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損部の間隙が1歯分少ないような症例にブリッジを装着する場合。

③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

有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がない症例にブリッジを装着する場合。

2 次の事項に該当する場合は「ブリッジの事前申請書(Ⅱ)」をご使用ください。

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」の支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合。

（「ブリッジの適応症と設計」に適合しないブリッジを製作する場合）

ブリッジの事前申請書（I）

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

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、ブリッジ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・その他（_____）

患者氏名 _____ （大・昭・平・令 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 _____ （本人・家族）

◎ ブリッジの設計 _____

◎ ブリッジの適応症と設計に適合しないブリッジを製作する歯科医学上の具体的理由

※注意事項

- ・抜歯した理由が外傷性の場合には、外傷に至った原因を詳細に記入してください。
- ・模型（上下）及びエックス線フィルムは必ず添付してください。

(クラウン・ブリッジ維持管理中にやむを得ず当該歯、隣在歯、当該歯及び隣在歯を抜歯しブリッジを製作する場合)

ブリッジの事前申請書 (Ⅱ)

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

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、ブリッジ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・その他 (_____)

患者氏名 _____ (大・昭・平・令 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 _____ (本人・家族)

◎ クラウン・ブリッジ維持管理期間中の補綴部位及び種類 _____ クラウン・ブリッジ維持管理料算定日

_____ () 平・令 年 月 日

◎ ブリッジの設計 _____

◎ 事前申請に至るまでの患者の経過（抜歯した具体的理由を含む）及びブリッジを製作する歯科医学上の具体的理由

※注意事項

- ・抜歯した理由が外傷性の場合には、外傷に至った原因を詳細に記入してください。
- ・模型（上下）及びエックス線フィルムは必ず添付してください。