

事前承認による補綴物の製作に係る理由書

患者氏名		生年月日	T・S H・R 年 月 日	
保険者番号		被保険者証記号番号		
【予定製作物の歯式】				
①事前承認を要する事項 (今回の理由に該当する番号に○を付けてください。)	イ. クラウン・ブリッジ維持管理料算定後2年未満に当該「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 (※1) ロ. 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 (※2) ハ. 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 (※2) ニ. 移植歯を支台歯とする1歯欠損症例のブリッジ (※2) ホ. 小児義歯以外に咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合 (※3) ヘ. 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			
②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 平成 有 令和 年 月 日		無 平成 有 令和 年 月 日
		無 平成 有 令和 年 月 日		無 平成 有 令和 年 月 日
		無 平成 有 令和 年 月 日		無 平成 有 令和 年 月 日
③当該申請に係る抜歯した歯の状況 ※クラウン・ブリッジ維持管理料に係る申請時のみ記載してください。	部位 (歯式)	傷病名	抜歯年月日	補管算定の有無 (算定年月日)
			令和 年 月 日	無 平成 有 令和 年 月 日
④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・小児義歯を製作する理由) 上記①の事項が「イ」の場合は、 <u>外傷・腫瘍等</u> でやむを得ず抜歯となった状況について、 <u>来院時現症、治療、経過等</u> を詳しく記載してください。				
⑤添付が必要な資料 ※1及び2は必須です。	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。

令和 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

九州厚生局長 殿

(注意事項) 本理由書を提出し、九州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。
上記①の※1～3については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」を参照。
(※1：M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料 ※2：M017 ポンティック ※3：M018 有床義歯)