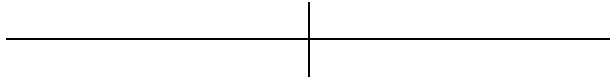


理由書 2 (事前に保険適応の有無について判断を求める小児義歯の製作について)

患者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
保険者名 保険者番号		被保険者証 記号・番号		
製作予定小児義歯の歯式				
事前に保険適応の有無について判断を求める事項	先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合			
歯科医学上の具体的な理由				
添付資料 ※ 該当する事項の番号に☑を入れてください (「1」及び「2」については、必ず提出してください。)	<input type="checkbox"/> 1. 模型 (上顎及び下顎) <input type="checkbox"/> 2. エックス線フィルム又はその複製 <input type="checkbox"/> 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

東北厚生局長 殿