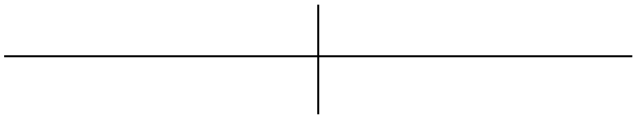
様式２

事前承認による小児義歯の製作に係る理由書

患者氏名		生年月日	H R　年　月　日生
保険者番号		被保険者証 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する小児義歯		
歯科医学上の具体的な理由 （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）			
添付資料 ※1及び2については必ず提出してください。	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 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

東海北陸厚生局長　　殿

※注意事項

・　本理由書を提出し、東海北陸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。