（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）

平成　　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

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （明・大・昭・平　　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

＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）　平成　　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。