事前承認によるブリッジの製作に係る理由書

患者氏名		生年月日	T S　年　月　日生 H
保険者番号		記号番号	

【製作予定ブリッジの歯式】

※　移植歯の場合は、移植後の部位における歯式を支台歯として記載すること。

事前承認を要する事項 ※右より該当する事項の番号に〇印を付してください。	1 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（歯周病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」の支台歯を抜歯したブリッジ 2 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 3 移植後一定期間経過した移植歯を支台歯とする１歯欠損症例であり、骨植状態が良好で咬合力の負担能力が十分にあると考えられるブリッジ 4 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 5 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

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 有　令和　年　月　日		無 有　令和　年　月　日
		無 有　令和　年　月　日		無 有　令和　年　月　日

抜歯した当該「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（クラウン･ブリッジ維持管理料に係る申請時のみ記載）	部位（歯式）	傷病名	抜歯年月日	補管算定の有無
			令和　年　月　日	無 有 令和　年　月　日

歯科医学上の具体的な理由（抜歯した理由（外傷（**咬合性外傷を除く。**）、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」の支台歯を抜歯した場合かどうか。）、抜歯した歯の歯周疾患の罹患状況等。移植歯を支台歯とする場合には、移植年月日、移植状況及び咬合力の負担能力が十分である状況等。）	※ 外傷の場合には、その受傷状況等を具体的に記載してください。
添付書類（該当するものに〇を付ける）	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

香川県市町村職員共済組合　理事長　殿

※注意事項

・　本理由書を提出し、香川県市町村職員共済組合理事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。