

有床義歯再作製承認申請書

被 保 険 者 番 号	
被 保 険 者 氏 名	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
前回作製した医療機関の名称	
前回作製した医療機関の所在地	(電話番号)
有 床 義 歯 の 部 位 (概要項目を○で囲んでください)	1. 局所義歯 (————) 2. 総義歯 (————)
有床義歯の再作製理由（具体的に記入してください）	

上記の理由により、有床義歯を再作製したいので、高齢者の医療の確保に関する法律による医療の給付を承認願います。

年 月 日

住 所

氏 名

電話番号

福島県後期高齢者医療広域連合長