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