

(様式1)

有床義歯の再作製承認申請書

被 保 険 者 番 号									男 ・ 女
被 保 険 者 氏 名									
生 年 月 日	明・大・昭			年 月 日					
前 回 作 製 し た 年 月 日	平成			年 月 日					
前 回 作 製 し た 保 険 医 療 機 関	名 称 所在地								
今 回 作 製 予 定 保 険 医 療 機 関	名 称 所在地								
有床義歯再作製の理由（具体的に記入してください。）									

市町村記入 : 認知症に基づく介護保険認定の有無（有 ・ 無）

上記理由により、高齢者の医療の確保に関する法律第64条に規定する療養の給付を受け、有床義歯を再作製したいので申請します。

平成 年 月 日

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

㊟

青森県後期高齢者医療広域連合長 様