

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	令和 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。

令和 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