

## 有床義歯の再作成に伴う許可申立書

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

このことについて、下記の理由により、6ヶ月以内に有床義歯（入れ歯）の再度製作を依頼したいため許可願います。

(理 由)

.....

.....

.....

.....

.....

(医療機関名)

\_\_\_\_\_ 電 話 \_\_\_\_\_

(申 請 者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

市区町村確認欄

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 受 |  | 確 |  |
| 付 |  | 認 |  |

広域連合確認欄

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 確 |  | 訂 |  |
| 認 |  | 正 |  |