

有床義歯の再作成に伴う許可申立書

令和 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	