令和　　年　　月提出　　　令和４年度後期高齢者歯科健診請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 県番号 | 種別 | 医療機関コード |
| **２** | **２** | **３** |  |  |  |  |  |  |  |

保険医療機関の

所在地及び名称

開設者氏名

　　　　　　　　　　　　 電話番号

（宛先）

静岡県後期高齢者医療広域連合長　　　様

　下記のとおり請求する。

|  |
| --- |
| 健診料単価 |
| ５，３１３円（税込） |

|  |
| --- |
| 請求金額 |
| 　　　　　　　　　円（税込） |

|  |
| --- |
| 受診者数 |
| 　　　　　　人 |

＝

×

●請求に関する注意事項●

請求期間：令和４年10月１日～令和５年３月15日（必着）

※請求期間を過ぎて提出された場合は、支払できませんので御注意願います。

提出期限：請求期限内の毎月15日

※提出期限を過ぎた場合は翌月受付分と併せて支払います。