別記様式

令和　 年　 月提出　　令和７年度後期高齢者歯科健診請求書（訪問用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。

|  |
| --- |
| 訪問健診料単価 |
| １１，１５４円（税込） |

|  |
| --- |
| 請求金額 |
| 円（税込） |

|  |
| --- |
| 受診者数 |
| 人 |

×

＝

×

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先  口　座 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別  口座番号 | 普　通  　当　座　　　No．（　　　 　　）  　別　段 | | |
| （フリガナ）  口座名義 | （　　 　　） | | |

●請求に関する注意事項●

請求期間：令和７年10月１日～令和８年３月16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。