

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	受診者数		請求金額	
11,154円（税込）	人		円（税込）	

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 別段 No. ()
	(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。