

令和 年 月提出 令和 8 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	×	受診者数	=	請求金額
5, 3 4 6 円 (税込)		人		円 (税込)

訪問健診料単価	×	受診者数	=	請求金額
1 6, 5 0 0 円 (税込)		人		円 (税込)

				合計請求金額
				円 (税込)

●請求に関する注意事項●
請求期間：令和 8 年 10 月 1 日～令和 9 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。