

令和 年 月提出

令和 7 年度 後期高齢者オーラルフレイル対策 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, 7 9 7 円 (税込)	×	人	=	円 (税込)

●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 1 月 15 日（必着）

※請求期間を過ぎて提出された場合は、支払いが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。