

※令和元年10月1日以降に実施した
検診の報告・請求にご使用ください。

(別紙1) 県歯科医師会員用

(鹿児島県歯科医師会経由)

令和 年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 岩切秀雄 殿

実施歯科医療機関

住 所

氏 名

電 話

()

印

医療機関番号

-

-

令和元年度鹿児島県後期高齢者医療広域連合口腔検診事業実施報告書(兼請求書)

(令和元年度 10・11・12・1月検診分)

令和元年度鹿児島県後期高齢者医療口腔検診事業について、検診票等を添えて下記のとおり報告し、併せて委託料を請求します。

記

1 請求金額 _____ 円

<内 訳>

(単位:円)

受診人数 (A)	検診料単価 (B)	合計金額 (A) × (B)
人	4,715円	

2 提出内容

No.	市町村名	受診者名	受診年月	No.	市町村名	受診者名	受診年月
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

3 添付書類

- 1) 受診券 枚
2) 検診票 枚
3) アンケート調査票 枚
4) お食事マップ 枚

4 検診料振込先(振込先を選択してください)

() 県歯科医師会に登録済みの口座

() 上記以外の口座

銀行

信用金庫

農業協同組合

支店

代理店

出張所

普通・当座 口座番号

名義人(フリガナ)