(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　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　（　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

令和２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２年度　　　　月検診分）

　　　　　令和２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、併せて検診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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 市町村名 | 受診者名 | 受診年月 | № | 市町村名 | 受診者名 | 受診年月 |
| 1 |  |  |  | 11 |  |  |  |
| 2 |  |  |  | 12 |  |  |  |
| 3 |  |  |  | 13 |  |  |  |
| 4 |  |  |  | 14 |  |  |  |
| 5 |  |  |  | 15 |  |  |  |
| 6 |  |  |  | 16 |  |  |  |
| 7 |  |  |  | 17 |  |  |  |
| 8 |  |  |  | 18 |  |  |  |
| 9 |  |  |  | 19 |  |  |  |
| 10 |  |  |  | 20 |  |  |  |

２　提出内容

３　添付書類

１）受診券 兼アンケート調査票(受診券裏)　　　　枚

２）検診票　　　　　　　　　　　　　　　　 　　枚

３）お食事マップ　　　　　　　　　　　　 　　　枚

**≪検診委託料の振込について≫**

**令和２年度より、検診委託料は診療報酬振込口座と同じ口座へ振り込みます。なお、診療報酬と同日に振り込みますので、国民健康保険団体連合会から届く、「診療報酬支払額決定通知書」をご確認ください。**