

(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長 殿

実施歯科医療機関

住 所

氏 名

電 話

()

印

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, 7 1 5 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				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

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。