

(別紙2) その他歯科医療機関用

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 ()

医療機関番号 - -

鹿児島県後期高齢者医療広域連合口腔健診事業実施報告書 (兼請求書)

(令和3年度 月健診分)

令和3年度鹿児島県後期高齢者医療口腔健診事業について、健診票等を添えて下記のとおり報告し、併せて健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)	健診料単価 (B)	合計金額 (A) × (B)
人	4,715円	

2 提出内容

No.	健診日	受診者氏名	No.	健診日	受診者氏名
1	月 日		11	月 日	
2	月 日		12	月 日	
3	月 日		13	月 日	
4	月 日		14	月 日	
5	月 日		15	月 日	
6	月 日		16	月 日	
7	月 日		17	月 日	
8	月 日		18	月 日	
9	月 日		19	月 日	
10	月 日		20	月 日	

3 添付書類

- 1) 受診券 兼アンケート調査票(受診券裏) 枚
2) 健診票 枚
3) お食事マップ 枚