

(別紙1) 県歯科医師会会員用

(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

歯科医院名：

住 所：

院 長：

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）

（ 月健診分）

令和6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>

受診人数 (A)	健診料単価 (B)	合計金額 (A) × (B)
人	4, 7 1 5 円	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（受診者ごとに以下の順に並べて提出）

1) 健診票

枚

2) 受診券（アンケート調査票裏）

枚

3) お食事マップ

枚