

(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7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