

令和 年 月提出

令和2年度 後期高齢者オーラルフレイル対策 請求書

県番号		種別	医療機関コード					
2	2	3						

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

印

(宛先)

静岡県後期高齢者医療広域連合 様

下記のとおり請求する。

単価		受診者数		請求金額
5,621円 (税込)	×	人	=	円 (税込)