令和　　年　　月提出　　令和２年度後期高齢者歯科健診請求書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　 電話番号

（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。

|  |
| --- |
| 健診料単価 |
| 　　　5,203円（税込） |

|  |
| --- |
| 受診者数 |
| 　　　　　　人 |

|  |
| --- |
| 請求金額 |
| 　　　　　　　　　円（税込） |

　×　　　　　　　　　　　　　　　　　＝