

令和 年 月提出 令和3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
電話番号

(宛先)

静岡県後期高齢者医療広域連合長 様

下記のとおり請求する。

健診料単価		受診者数		請求金額
5,313円 (税込)	×	人	=	円 (税込)

●請求に関する注意事項●

請求期間：令和3年10月1日～令和4年3月15日（必着）

最終締切日（令和4年3月15日）以降に提出のあったものについては、支払は行いませんので御注意願います。