

令和元年 月提出

令和元年度 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。

令和元年8月～9月受診分（消費税8%）

単価		受診者数		請求金額
4,320円（税込）	×	人	=	円（税込）

令和元年10～11月受診分（消費税10%）

単価		受診者数		請求金額
4,400円（税込）	×	人	=	円（税込）