

令和 年 月提出

令和元年度 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

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9月受診分まで

健診料単価		受診者数		請求金額
4,320円 (税込)	×	人	=	円 (税込)

令和元年10月受診分から

健診料単価		受診者数		請求金額
4,400円 (税込)	×	人	=	円 (税込)