

医療機関名： _____

住所： _____

会員氏名： _____ (印)

電話番号： _____

FAX番号： _____

後期高齢者 歯科健康診査実施報告書 兼 委託料請求書

平成30年度 茨城県後期高齢者 医療広域連合 歯科健康診査事業に係る歯科健康診査委託料を以下のとおり請求します。併せて健診結果を以下のとおり報告します。

1 委託料の請求

(1) 請求金額 / _____ 円 (内訳: 4,320円(消費税込) × _____ 人)

(2) 振込先 / 以下にご記入ください。

ただし、前年度の「振込み指定金融機関」に、 変更なし → 金融機関の記入不要

変更あり

振込み指定金融機関												
金融機関名						支店名				預金種別		
(銀行) (信金) (信組) (農協) (労金)						(支店) (出張所)				1 普通 2 当座		
銀行コード				支店コード								
口座番号 (左詰め)												
口座名義人 (フリガナ記載)												

2 受診者名 (請求が10名を超える場合はコピーしてお使いください)

被保険者番号	受診者名	健診年月日	被保険者番号	受診者名	健診年月日
		平成 年 月 日			平成 年 月 日
		平成 年 月 日			平成 年 月 日
		平成 年 月 日			平成 年 月 日
		平成 年 月 日			平成 年 月 日
		平成 年 月 日			平成 年 月 日

3 提出書類

- 本紙(後期高齢者歯科健康診査実施報告書 兼 委託料請求書)
- 後期高齢者「歯科健康診査」受診券
- 受診票(①広域連合控)

※請求金額と提出書類を確認いただき、記入漏れの無いよう提出してください。

この報告書は、平成31年1月末日までに茨城県後期高齢者医療広域連合に提出してください。