

医療機関コード	0	8	3							
医療機関名										
住所	〒									
会員氏名										
電話番号										

令和4年度 歯科健康診査実施報告書 兼 請求書

令和4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健診結果を以下のとおり報告します。
併せて歯科健康診査委託料を以下のとおり請求します。

1 受診者

被保険者番号	受診者名	受診月日	被保険者番号	受診者名	受診月日
		月 日			月 日
		月 日			月 日
		月 日			月 日
		月 日			月 日
		月 日			月 日

2 委託料の請求

(1) 請求金額 / _____ 円 (内訳: 4,400円(税込) × _____ 人)

(2) 振込方法 / **原則、診療報酬支払口座への振込**

※別口座を
ご希望の場合は、
ご記入ください。

金融機関名				支店名				預金種別				
				銀行 信金 信組				支店 出張所				① 普通 ② 当座
金融機関コード				支店コード								
口座番号												
口座名義人 (カタカナ)												

3 提出書類・報告先

〒310-0852 茨城県水戸市笠原町978番26 茨城県国民健康保険団体連合会

	提出期限
(1) 本紙 (歯科健康診査実施報告書 兼 請求書)	9~10月実施分: 令和4年11月30日(水) 11~12月実施分: 令和5年 1月31日(火)
(2) 歯科健康診査受診券	
(3) 歯科健康診査受診票(広域連合控)	