茨城県後期高齢者医療広域連合 宛て

令和　　年　　月　　日

医療機関コード	0 8 3
歯科医院名	
住 所	〒
会員氏名	
電話番号	

令和８年度 歯科健康診査実施報告書 兼 請求書

令和８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　（合計）　　円（内訳：4,950円（税込）×　　人）

（２）振込方法

診療報酬受取口座への振込（原則）

※診療報酬受取口座と異なる口座への振込みをご希望の場合のみ、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） **（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）**	**9～10月実施分：令和8年11月30日（月）必着** **11～12月実施分：令和9年　1月29日（金）必着**

複数枚提出する場合は、通し番号をご記入ください。