

大山崎町後期高齢者歯科健康診査料請求書

令和 年 月 日

大山崎町長 様

歯科医療機関 所在地

名称

代表者

印

下記のとおり令和 年 月分 歯科健康診査料を請求します。

請求金額

円

請求内訳	単価 (円)	件数(件)	金額(円)

振込金融機関名							
支店名							
預金種別	当座・普通						
口座番号							
フリガナ 名 義 人							

※ 翌月の15日までに、当該月の受診者の「歯科健診結果報告書」(大山崎町用)及び「問診票」(大山崎町用)を添付の上、町健康課保険医療係までご請求ください。