

# 令和7年度旭川市後期高齢者歯科健診 委託料請求書

|      |   |
|------|---|
| 請求金額 | 円 |
|------|---|

令和 年 月分後期高齢者歯科健診委託料を上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

(あて先) 旭川市長

住 所

健診実施医療機関 名 称

氏 名

(印)

※請求印は鮮明に押印してください。

## 請求内訳

| 種 別      | 単 價        | 件 数 | 計 |
|----------|------------|-----|---|
| 口腔機能評価なし | 円<br>4,807 | 件   | 円 |
| 口腔機能評価あり | 円<br>7,887 | 件   | 円 |
| 合 計      |            | 件   | 円 |

| 振込金融機関名 | 銀 行 | 本店               |
|---------|-----|------------------|
| 口座番号    | 普通  | 信用金庫             |
| 当座      |     | 振込口座氏名<br>(カタカナ) |
|         |     |                  |

注意：請求書は実施月分をまとめて記載し、健診票（市提出用）と質問票を添付して翌月15日までに提出してください。