

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 価	件 数	計
口腔機能評価なし	円 4,807	件	円
口腔機能評価あり	円 7,887	件	円
合 計		件	円

振込金融機関名		銀 行	本店
		信用金庫	支店
口座番号	普通 当座	振込口座氏名 (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。