

旭川市歯周病健診委託料請求書

請求金額	円
------	---

令和 年 月分歯周病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
自己負担徴収者	円 3,425	件	円
自己負担免除者	円 3,925	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、歯周病健診 健診票（市提出用）を添付して翌月15日までに提出してください。