

請求先に誤りがないか確認後、下記に○をお願いします。

【美・坂・富・川・七・八・白・東】

令和 年 月 日

長 様

住 所

医療機関名

代表者名

印

皆歯科健診実施報告書兼請求書

下記のとおり実施しましたので報告をするとともに、これに伴う委託料を請求します。

令和 年 月実施分

【実施報告及び請求金額】

受診者数	単価（税込）	請求額
人	4,200円/人	円

●確認項目（確認後をいれてください。）

	対象者	対象年齢（S26.4.2～H20.4.1生）であるか
	受診日	実施期間内（R8.4.1～R9.2.28）であるか
	健診票	各項目に記入漏れがない
	請求先	請求先の健診票である

【振込先】

当該年度の初回請求の際は、必ずご記入ください。

以降は振込先を変更する場合のみ、新しい振込先をご記入ください。

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 労働金庫・農協		
店名	本店・支店・出張所		
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※この様式は、適宜コピーしてご使用ください。