

呉市65歳歯周病検診費請求書

令和 年 月 日

呉 市 長 様

委託医療機関

所在地

名 称

開設者

印

令和 年 月分を、次のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

【内訳】

	単 価	件 数	金 額
65歳歯周病検診費	9,460円	件	円

【振込口座】

金融機関名	銀行 信用金庫 組合	店
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義		

呉市65歳歯周病検診費請求書

記入例

令和 年 月 日

呉市長様

検診実施月の翌月1~15日
※請求が遅れる場合は、空欄

委託医療機関

所在地 呉市〇〇町1番2号
名称 △△歯科医院
開設者 院長 呉氏 太郎 印

スタンプ印(シャチハタ印
など)は不可

検診実施月ごとに
分けて請求

令和 年 月分を、次のとおり請求します。

歯科医院名と開設者の名字が異なる場合は
「院長」等の役職の記入をお願いします。

請求金額

円

令和4年4月から検診単価が変更
になります
※検診実施月毎の件数・金額を記入

【内訳】

	単 価	件 数	金 額
65歳歯周病検診費	9,460円	件	円

【振込口座】

金融機関名	●● 銀行 信用金 庫 組 合	□□ 店
口座番号	普通・当座	●●●●●●●●
フリガナ	サンカクサンカクシカイイン インチョウ クレシタロウ	
口座名義	△△歯科医院 院長 呉氏 太郎	