

成人歯科健康診査費請求書

令和 年 月 日

上尾市長 畠山 稔 様

実施医療機関 所在地
医療機関
肩 書
氏 名
電話番号

印

次のとおり令和 年 月分の成人歯科健康診査費を請求します。

請 求 額 円

内 訳	受診者 A	診査単価(税込) B	診査費用 (A×B)
個人負担者 ※自己負担有り	人	5,384 円	円
非負担者 ※自己負担無し	人	5,984 円	円
(訪問)個人負担者 ※自己負担有り	人	11,764 円	円
(訪問)非負担者 ※自己負担無し	人	13,264 円	円
		総計額	円

(請求期間) 検査月の翌月 10 日までに提出。請求書提出締切日は1月12日。(10日が休日の場合は、翌営業日)

(添付書類) 成人歯科健康診査票(市提出用①)

振込先(振込先に変更がない場合にもご記入をお願いいたします)

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号
銀行 信用金庫	支店	普通・当座	No.
フリガナ			
預金名義人			

※以下の項目のチェックもお願いします

R8.4.1

- 自己負担ありまたは無料、無料の理由が記入されている
- 健康診査票の名前、生年月日、年齢が記入されている
- 歯科医院記入欄の1～7の項目のすべてに結果が記入されている
- 「結果判定」が記入されている(実施要領の○ページの図表3参照)
- 医療機関 CD 及び医師名が記入されている

成人歯科健康診査費請求書

1日以降の日付を
記入してください。

令和 ○年 ○月 1日

上尾市長 畠山 稔 様

実施医療機関 所在地 **上尾市本町3-1-1**
医療機関 ○○歯科医
肩 書 院長
氏 名 **上尾 太郎**
電話番号 **048-775-5111**

代表者印を
押印してく
ださい。
印

①○月分、②請求額、③内訳
を記載してください。
記載漏れのないようお願い
いたします。

次のとおり令和 ○年 ○月分の成人歯科健康診査費を請求します。

請 求 額 11,368 円

内 訳	受診者 A	診査単価(税込) B	診査費用 (A×B)
個人負担者 ※自己負担有り	1 人	5,384 円	5,384 円
非 負 担 者 ※自己負担無し	1 人	5,984 円	5,984 円 5,784 円
(訪問)個人負担者 ※自己負担有り	人	11,764 円	円
(訪問)非負担者 ※自己負担無し	人	13,264 円	円
		総計額	11,368 円

代表者印を
押印してく
ださい。

修正・訂正時は
代表者印を押印
してください。

(請求期間) 検査月の翌月10日までに提出。請求書提出締切日は1月12日。(10日が休日の場合は、翌営業日)

(添付書類) 成人歯科健康診査票(市提出用①)

振込先(振込先に変更がない場合にもご記入をお願いいたします)

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号
上尾 銀行 信用金庫	上尾 支店	普通・当座	No. 12345
フリガナ	アゲオ タロウ		
預金名義人	上尾 太郎		

※以下の項目のチェックもお願いします

R8.4.1

- 自己負担ありまたは無料、無料の理由が記入されている
- 健康診査票の名前、生年月日、年齢が記入されている
- 歯科医院記入欄の1～7の項目のすべてに結果が記入されている
- 「結果判定」が記入されている(実施要領の○ページの図表3参照)
- 医療機関CD及び医師名が記入されている

成人歯科健康診査費請求書

令和 ○年 ○月 1日

上尾市長 畠山 稔 様

実施医療機関 所在地 **上尾市本町3-1-1**
医療機関 ○○歯科医院
肩書 院長
氏名 **上尾 太郎**
電話番号 **048-775-5111**

上尾

代表者印を
押印してく
ださい。

次のとおり令和 ○年 ○月分の成人歯科健康診査費を請求します。

請求額 11,368 円

内 訳

	受診者 A	診査単価 (税込) B	診査費用 C (A×B)
個人負担者 ※自己負担有り	1人	5,384円	5,384円
非負担者 ※自己負担無し	1人	5,984円	5,984 5,984円
(訪問)個人負担者 ※自己負担有り	人	11,764円	円
(訪問)非負担者 ※自己負担無し	人	13,264円	円
		総計額	11,368円

修正・訂正時は
代表者印を押印
してください。

(請求期間) 検査月の翌月10日までに提出。請求書提出締切日は1月10日。(10日が休日の場合は、翌営業日)

(添付書類) 成人歯科健康診査票(市提出用①)

市へは「請求書」と「成人
歯科健康診査票(市提出用
①)」を提出してください。

振込先

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号
上尾 銀行 信用金庫	上尾 支店	普通 ・ 当座	No. 12345
フリガナ	アゲオ タロウ		
預金名義人	上尾 太郎		

※振込先に変更がない場合にもご記入をお願いいたします

成人歯科健康診査費請求書

令和 年 月 日

上尾市長 畠山 稔 様

実施医療機関 所在地
医療機関
肩 書
氏 名
電話番号

印

次のとおり令和 年 月分の成人歯科健康診査費を請求します。

請 求 額 円

内 訳	受診者 A	診査単価(税込) B	診査費用 (A×B)
個人負担者 ※自己負担有り	人	5,384 円	円
非負担者 ※自己負担無し	人	5,984 円	円
(訪問)個人負担者 ※自己負担有り	人	11,764 円	円
(訪問)非負担者 ※自己負担無し	人	13,264 円	円
		総計額	円

(請求期間) 検査月の翌月 10 日までに提出。請求書提出締切日は1月10日。(10日が休日の場合は、翌営業日)

(添付書類) 成人歯科健康診査票(市提出用①)

振込先(振込先に変更がない場合にもご記入をお願いいたします)

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号
銀行 信用金庫	支店	普通・当座	No.
フリガナ			
預金名義人			

※以下の項目のチェックもお願いします

R8.4.1

- 自己負担ありまたは無料、無料の理由が記入されている
- 健康診査票の名前、生年月日、年齢が記入されている
- 歯科医院記入欄の1～7の項目のすべてに結果が記入されている
- 「結果判定」が記入されている(実施要領の○ページの図表3参照)
- 医療機関 CD 及び医師名が記入されている