

(様式 1)

年 月 日

ぎふ・さわやか口腔健診費請求書

令和 年 月請求分

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

保険者名

保険者番号 39-21-

医療機関コード	21, 3, ,
住 所	〒 -
医療機関名	
代表者名	

下記のとおり請求します。

項目	単価 (税込)	件数	請求金額 (税込)
ぎふ・さわやか口腔健診費	5,658 円	件	円

- (注1) 請求にあたっては、保険者ごとに集計し、それぞれ請求書を作成してください。
- (注2) 月遅れ請求がある場合は、今月分に含めて一緒に請求してください。
- (注3) 保険者毎に健診期間は異なりますので、ご注意ください。
- (注4) 各保険者が設定している**健診期間終了月の翌月**が保険者毎の**最終請求月**となります。
保険者毎の最終請求月までに請求してください。
月遅れ請求や何らかの事情で保険者毎の最終請求月に請求できなかった健診分の各年度の最終請求月は、4月(4月10日締切)となっています。これ以降に請求されてもお支払いできませんので、ご注意ください。今年度の未請求分など、請求し忘れがないかご確認のうえ、期日までに請求してください。
【例】令和6年度の健診分は、令和7年4月10日までに請求してください。

※ 下段の枠は、国保連合会の事務処理工程で使用します。

①	②	③	④	⑤	⑥