

# 歯科健診料一括請求書

トヨタ販売連合健康保険組合 様

|        |          |
|--------|----------|
| 医療機関名  |          |
| 医療機関住所 | 〒      ー |
| 電話番号   |          |
| 歯科医師名  |          |

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div>金</div> <div>円也</div> </div> <div>内訳 @3,150 × _____名分</div> |
|------------------------------------------------------------------------|

| 被保険者証<br>記号番号 | 氏 名 | 本 人 家 族 | 健 診 日 | 治療必要<br>性の有無 |
|---------------|-----|---------|-------|--------------|
| —             |     | 本・家     | 年 月 日 | 有・無          |
| —             |     | 本・家     | 年 月 日 | 有・無          |
| —             |     | 本・家     | 年 月 日 | 有・無          |
| —             |     | 本・家     | 年 月 日 | 有・無          |
| —             |     | 本・家     | 年 月 日 | 有・無          |
| —             |     | 本・家     | 年 月 日 | 有・無          |
| —             |     | 本・家     | 年 月 日 | 有・無          |
| —             |     | 本・家     | 年 月 日 | 有・無          |

|                                 |                     |           |                   |
|---------------------------------|---------------------|-----------|-------------------|
| 振<br>込<br>先<br>医<br>療<br>機<br>関 | 銀 行<br>信用金庫<br>信用組合 |           | 本 店<br>支 店<br>出張所 |
|                                 | 口座番号                | 普 通 ・ 当 座 | No.               |
|                                 | フリガナ                |           |                   |
|                                 | 口座名義                |           |                   |

※ 郡市区歯科医師会へ健診票と共に提出してください。  
郡市区歯科医師会では本紙のコピーをとってください。