歯科健診料一括請求書

　北海道都市職員共済組合　様

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

|  |
| --- |
| 金　　　　　　　　　円也内訳　＠5,400 × 　　　名分（9月30日実施分まで）　　　＠5,500 × 　　　名分（10月1日以降実施分） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | 氏　　　　名 | 本　人家　族 | 健　　診　　日 | 治療必要性の有無 |
| 　　　 － |  | 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先医療機関 | 銀　　行信用金庫信用組合 | 　　　　　　　　　　　　　本　店　　　　　　　　　　　　　支　店　　　　　　　　　　　　　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とも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。