

令和元年度 大阪市後期高齢者医療訪問歯科健康診査 経費請求書

(内 訳)

令和 年 月分	訪問歯科健康診査料	19,860円 (税込)
	健診実施件数	件
	合 計	円

上記金額を請求します。 年 月 日

大阪府歯科医師会会長 様

大阪府保険医療機関コード NO. _____

医療機関名 _____

代 表 者 _____ (印)

所 在 地 _____ 電話番号 _____

○健診料金は銀行振込となりますので必ず下欄をご記入ください。

(銀行名については、支払基金の診療報酬振込指定銀行をご記入ください。)

振込銀行	銀行			支店
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号		
口座名義	ふりがな			

大阪市後期高齢者医療訪問歯科健康診査料の請求について（令和元年度実施）

【資料４－１】情報提供・申込書

【資料４－２】問診記録票

【資料４－３】健康診査票

【資料４－４】結果報告書

【資料５】経費請求書

1. 情報提供・申込書と問診記録票をもとに訪問歯科健診を実施し、健診実施後に情報提供・申込書、問診記録票、健康診査票、結果報告書、経費請求書の５点を本会へご提出ください。健診料の請求は月末締めで、翌月１０日までに下記へお願いします。

３月３１日までの実施分は４月１０日が請求期限です。請求期限を過ぎますと健診料のお支払いができませんので、年度末の請求はご注意ください。

〒543-0033 大阪市天王寺区堂ヶ芝 1-3-27

大阪府歯科医師会 学術地域保健課（TEL 06-6772-8885）

2. 経費請求書の振込み指定銀行欄には支払基金の診療報酬振込指定銀行を記入してください。

3. 健診料の振込みは健診実施月翌月末です。

1 1月実施分 1 2月末振込

1 2月実施分 1 月末振込

1 月実施分 2 月末振込

2 月実施分 3 月末振込

3 月実施分 4 月末振込

4. 銀行振込の際、振込手数料を差し引きます。（銀行により異なります。）