

水俣市国民健康保険 歯周病検診業務委託料請求書

令和 年 月 日

水俣市 (保険者番号：430058)

水俣市長 殿

(市民課)

住 所 _____

※医療機関番号 _____

医療機関名 _____

代表者 _____ (印)

請求金額	円
------	---

令和 年 月実施分 月請求

【請求金額内訳】

内 容	費 目	請 求 単 価	件 数	合 計
歯周病 検診	委託料	4,000円/件	件	円

振込口座	銀行名	支店名	口座種別
	口座番号	口座名義	