

水俣市国民健康保険 歯周疾患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 _____ ⑩

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
歯周疾患検診	委託料	4,000円/人	件	円

振込口座	銀 行 名	支 店 名	□ 座 種 別
	□ 座 番 号	□ 座 名 義	