

(様式2)

# ぎふ・さわやか口腔健診 受診券送付書

令和 年 月請求分

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

保険者名

保険者番号 39-21-

医療機関コード	21, 3, , ,
住 所	〒 -
医療機関名	
代表者名	

下記のとおり提出します。

受診券の枚数	枚
--------	---

- (注1) 受診券は、発行されていない保険者もあります。
- (注2) 受診者が持参された受診券は、出来るだけ健診費の請求と同じ月に提出してください。
- (注3) 提出にあたっては、保険者ごとに枚数を数え、それぞれ送付書を作成してください。
- (注4) 受診券の有無は、連合会からの健診費の支払に影響はありません。

※ 以下の枠内は、国保連合会の事務処理工程で使用します。

①	②	③	④	⑤