

請 求 書

千	百	十	万	千	百	十	円

ただし、令和 8 年度京丹後市後期高齢者歯科健康診査費用
令和 年 月実施分として、上記の金額を請求します。

(内訳)

受診した人数①	単価（税込）②	合計金額①×②	消費税（10%内税）
	4,940円	円	円

(消費税は1人あたり449円)

令和 年 月 日

京丹後市長 様

請 求 者

住 所

医療機関名

代表者名 ⑩

登録番号

下記口座に振り込み願います。	
振込先金融機関 支 店 名	
預 金 種 類	
口 座 番 号	
口 座 名 義	

（受診券（原本）、問診票（市用）、健診票（市用）を添付し翌月10日までに市保険事業へご提出ください。）

（裏面へ）

請 求 内 訳 書

	受診年月日	受診者氏名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		