

医療機関名： _____

〒 _____
住所： _____

会員氏名： _____ (印)

電話番号： _____

FAX番号： _____

令和元年度茨城県後期高齢者歯科健康診査実施報告書

茨城県後期高齢者医療広域連合歯科健康診査実施に係る健診結果を以下のとおり報告します。

1 健診実施者（令和元年度実施分）

No.	被保険者番号	受診者名	受診年月日	備考
1			R 年 月 日	
2			R 年 月 日	
3			R 年 月 日	
4			R 年 月 日	
5			R 年 月 日	
6			R 年 月 日	
7			R 年 月 日	
8			R 年 月 日	
9			R 年 月 日	
10			R 年 月 日	
11			R 年 月 日	
12			R 年 月 日	
13			R 年 月 日	
14			R 年 月 日	
15			R 年 月 日	

※受診者数が15名を超える場合は、実施報告書をコピーしてお使いください。

2 提出書類

- (1) 本紙（令和元年度茨城県後期高齢者歯科健康診査実施報告書）
- (2) 後期高齢者「歯科健康診査」受診券
- (3) 受診票（広域連合控）

※請求書の様式は、実施報告書の提出後に広域連合から送付させていただきます。

3 報告先

〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 ミオス1階
茨城県後期高齢者医療広域連合 事業課 保健資格班 保健業務グループこの報告書は、1月末日までに茨城県後期高齢者医療広域連合に提出してください。

※令和元年9月に実施した健診については、可能な限り令和元年10月31日(木)までのご報告にご協力ください。