

令和8年度 後期高齢者歯科口腔健診 各種様式集

【様式等一覧】

1. 対象者への送付書類

通常健診・訪問健診共通・・・受診券(P1)、実施医療機関一覧表の表紙(P2)

通常健診・・・健診啓発チラシ(P3)

訪問健診・・・訪問健診受診案内(P4・5)、訪問健診に係る同意書(P6)、
訪問健診啓発チラシ(P7)

2. 健診で使用する様式


通常健診・訪問健診共通・・・健診票(P8)、問診票(P9)、健口アドバイス(P10)

訪問健診・・・後期高齢者者歯科口腔健診・訪問健診結果票(P11)

3. 委託料の支払関係様式

通常健診・訪問健診共通・・・債権者登録(P12)、委託料請求書(P13)

令和8年度 歯科口腔健康診査受診券

受診券番号	2603000018		
氏名	広域 一郎		
生年月日	昭和20年 1月 2日	性別	男
住所	松江市殿町8番地3		
有効期限	令和8年 6月 1日	から	令和8年 11月 30日
健診内容	1. 栄養状態 2. 歯の状態 3. 歯周病の状態 4. 舌、頬、歯肉粘膜の状態 5. 入れ歯の状態 6. 噛む能力 7. 舌の動き 8. 言葉の明瞭度 9. 食べ物を飲み込む能力 10. お口の衛生状態 11. お口の渇き具合 12. 顎関節		
お問い合わせ先	出雲市役所 健康増進課 電話 0853-21-6979 〒693-8530 出雲市今市町70番地		
備考	・有効期限内に1回無料で受診できます。 <div style="text-align: center;"> 2603000018  </div>		

無料
で受診できます。

①電話で予約する
同封の「令和8年度 後期高齢者歯科口腔健診実施医療機関一覧表」に記載の医療機関へ直接電話してください。

②受診する
当日用意するもの
●令和8年度歯科口腔健康診査受診券
●下記(1)(2)のうちいずれか一つ
(1) 資格確認書
(2) マイナ保険証

※健診の受診結果は、お住まいの市町村に報告され、保健指導等に活用される場合がありますので、ご了承ください。

※ミシン目を切り離さないでください。

690-0887

島根県松江市
殿町8番地3

広域 一郎 様



<歯科口腔健診のお知らせ>

2603000018-000003-000001

【お問い合わせ先】

出雲市役所 健康増進課
電話 0853-21-6979

〒693-8530
出雲市今市町70番地

令和8年度 後期高齢者歯科口腔健診

実施医療機関一覧表

歯科口腔健診・訪問健診を実施している医療機関を掲載しています。

訪問健診の実施機関については一覧表の「訪問健診」の欄をご確認ください。

- ・同封のチラシより受診期間を確認して、健診・訪問健診を受ける歯科医院を決めましょう。
- ・歯科医院へ必ず予約の電話をしましょう。

【健診時に用意するもの一覧】

	受診券	資格確認書 マイナ保険証	訪問健診 受診案内	同意書
通常健診	○	○		
訪問健診	○	○	○	○

※訪問健診については裏表紙をご確認ください。

※資格確認書・マイナ保険証の内、いずれか一つをご持参ください。

島根県後期高齢者医療広域連合

☎ 0852-40-0043

【訪問健診のお知らせ】

次の条件を全て満たす方は訪問健診で受診ができます。

☆条件☆

- ①介護保険の要介護度 3 以上の在宅者
(長期入院者・施設入所者は対象外)
- ②医療保険・介護保険で歯科の管理を受けていない方

以下の市町村に住所がある方は、市町村で確認の上、必要書類をお渡ししますので、まずはお住いの市役所・町役場にお問い合わせください。

【対象市町村】

松江市、浜田市、出雲市、益田市、江津市、雲南市、
奥出雲町、美郷町、邑南町、吉賀町、西ノ島町

※上記の【対象市町村】以外に住所がある方へは、訪問健診対象者である旨の書類を受診券と共にお送りしています。

— 島根県歯科医師会からのお知らせ —

- 各歯科医院の諸処の事情により、この健診を実施していない歯科医院もあります。
- 実施歯科医療機関一覧表に、ご自分のかかりつけ歯科医院が載っていない場合は、この健診に関しては、一覧表に記載のある歯科医院で健診を受けていただくようお願いいたします。
- この健診以外の治療や通院については、従来のかかりつけ歯科への受診を妨げるものではございませんので、その旨ご理解くださいますようお願いいたします。



令和8
年度

76歳～85歳になられる方へ
昭和16.4.2～昭和26.4.1生まれの方 ※注1

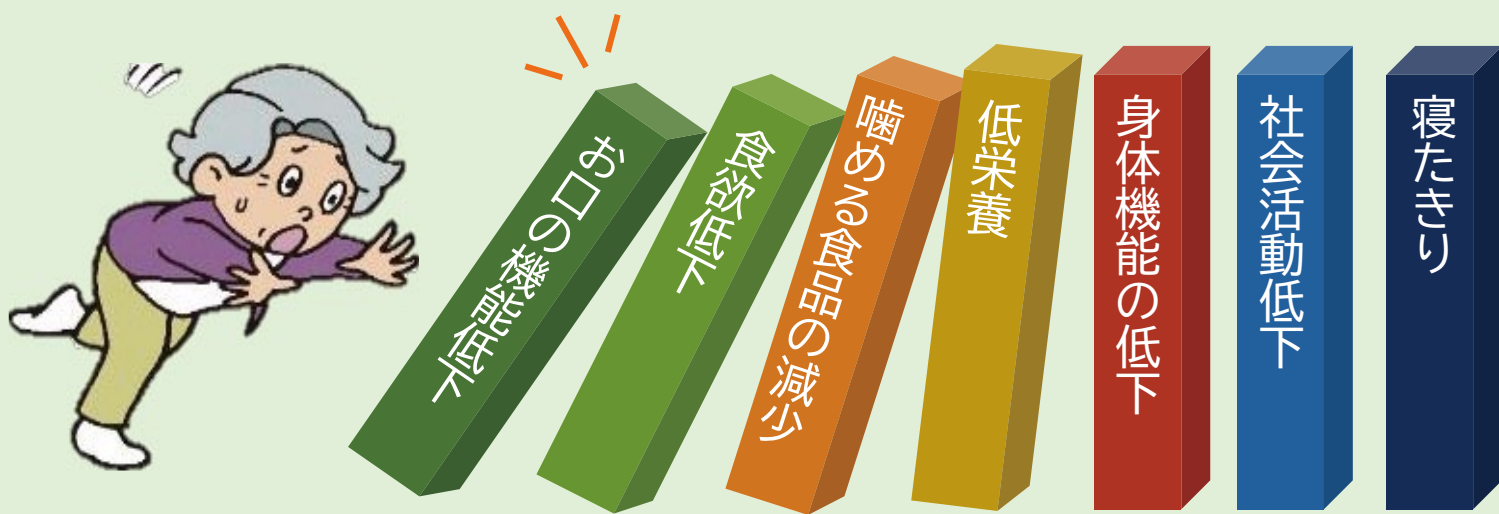
費用
無料
※注2

歯科口腔健診

を受けましょう！

お口の機能が低下すると、様々な健康問題が生じます

健康寿命の延伸には、定期的な歯科健診が重要です。自己負担無料の機会に、受診しませんか。歯の無い方もぜひ受診してください。



健診期間

裏面をご覧ください

健診内容

歯の状態、噛む力、飲込む力、身長、体重、BMI、握力など

健診の流れ

歯科医院
選択

同封の医療機関
一覧表から選択



電話予約
(必須)

受診する歯科医院へ
電話予約 (必須)



受診

下記【持ち物】を
持参ください。



結果の
説明

歯科医師等より
説明※注3

【持ち物】

- ① 令和8年度 歯科口腔健診受診券 (同封)
- ② 以下のいずれか一つ
 - ・ 資格確認書
 - ・ マイナ保険証

歯が無くても、
入れ歯でも健診
が受けられます



※注1 6か月以上の長期入院をされている方、施設に入所中の方は対象となりません。

※注2 年1回限り無料。健診の結果、治療が必要となった場合の治療費は自己負担となります。

※注3 健診結果は市町村に報告されます。

お問合せ

島根県後期高齢者医療広域連合 業務課 保健事業係

電話：0852-40-0043

松江市

後期高齢者歯科口腔健診のお知らせ

受診期間：令和8年6月1日～令和8年12月31日
(医療機関の休診日を除く)

無料

もっと！おいしく食べるための 栄養士訪問



「噛む力」や「飲み込む力」が低下すると、食べたいものが食べづらくなり、体重減少や体調不良につながります。

後期高齢者歯科口腔健診の結果から、以下の項目に該当した方を対象に、栄養士がご自宅へ訪問し、あなたに合った食事の量や食べ方をご提案します。

- 76～81歳の人
- 最近、体重が減ってきた
- 噛む力が弱くなった

別途、案内が届いた方は
ぜひお申込みください！

訪問歯科健診のご案内

下記条件を全て満たす方は、歯科健診をご自宅で受診することができます。

《訪問健診の対象となる条件》

- ・介護保険の要介護度3以上で在宅者の方
(長期入院者・施設入所者は対象外です)
- ・医療保険・介護保険で歯科の管理を受けていない方



訪問健診の対象となるか確認したい方、訪問健診を希望される方は、下記お住まいの市町村のお問い合わせ先にご連絡ください。

お問い合わせ先 松江市 健康推進課 保健企画係 電話：60-8174

確認後、対象となる方へは、受診の流れがわかる受診案内を個別に郵送いたします。

訪問健診受診案内

令和8年度 後期高齢者歯科口腔健診対象者様

島根県後期高齢者医療広域連合

この案内は、歯科医院での歯科口腔健診の受診が困難な、在宅高齢者の方へお送りしています。この事業は歯科医師が訪問することにより、ご自宅で健診を受けていただくことができるもので、

- ① 在宅高齢者の口腔機能や栄養状態を把握し、低栄養による要介護状態の改善と重症化予防を図ること
- ② 歯科医師から介護される方へ口腔ケアの実施方法を指導することで、誤嚥性肺炎などの高齢者特有の疾病の予防を図ること

を目的に実施しています。

このため、健診結果をお住いの市町村やケアプランを管理している居宅介護支援事業所に情報提供すること、あわせて健診後の措置経過について当広域連合から居宅介護支援事業所へおたずねすることについて、ご理解いただくことを前提に同意書の提出をお願いしています。

お申し込みは同封の案内チラシをご覧ください。歯科医院によって訪問健診の条件がある場合があります。また、受診内容によっては保険診療に切り替わる場合もありますので、事前に確認されることをお勧めします。

訪問健診当日にご準備いただくものは次の通りです。

①～③の書類は、歯科医院が持ち帰ります。

- ①訪問健診受診案内(この案内の下部分を切り取ってお渡してください)
- ②令和8年度歯科口腔健診受診券(同封)
- ③訪問健診に係る同意書(同封)
- ④保険証(後期高齢者医療被保険者証)または資格確認書

【お問い合わせ】(市町村名)●●課 電話:〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇

実施主体:島根県後期高齢者医療広域連合



※切り取って訪問健診当日、歯科医院にお渡してください。

令和7年度 後期高齢者歯科口腔健診対象者《被保険者氏名漢字》様

(受診券番号《受診券番号》)

訪問健診に係る同意書(控)

提出した同意書の控えとしてご利用いただけます

私は、令和8年度に受診した後期高齢者歯科口腔訪問健診について、

- (1) 健診結果を関係機関（お住いの市町村や居宅介護事業所）に対して提供すること
- (2) 島根県後期高齢者医療広域連合が私のケアプランを管理している居宅介護支援事業所に対して、私が歯科口腔訪問健診を受診したことを通知すること、及び、事後措置の経過について確認すること

について、同意します。

◆ケアプランを管理している居宅介護支援事業所

所在地：〒 _____

_____ 島根県 _____

事業所名： _____

電話番号： _____

担当者名： _____

島根県後期高齢者医療広域連合 御中

令和8年 月 日

本人氏名 _____

住 所 _____

代理人氏名 _____ (続柄： _____)

代理人住所 _____

【記入例】

ケアプランを管理している事業所情報を記入
例) 訪問介護事業所〇〇〇

ケアマネジャーの氏名（苗字のみで可）を記入してください

歯科健診を受けられる日を記入してください

健診受診者の氏名・住所

健診受診者本人が署名することが困難な場合は介護者等の代理者が記入してください

訪問健診に係る同意書

訪問健診当日、歯科医院にお渡しください

私は、令和8年度に受診した後期高齢者歯科口腔訪問健診について、

- (1) 健診結果を関係機関（お住いの市町村や居宅介護事業所）に対して提供すること
- (2) 島根県後期高齢者医療広域連合が私のケアプランを管理している居宅介護支援事業所に対して、私が歯科口腔訪問健診を受診したことを通知すること、及び、事後措置の経過について確認することについて、同意します。

◆ケアプランを管理している居宅介護支援事業所

所在地：〒 _____

_____ 島根県 _____

事業所名： _____

電話番号： _____

担当者名： _____

島根県後期高齢者医療広域連合 御中

令和8年 月 日

本人氏名 _____

住 所 _____

代理人氏名 _____ (続柄： _____)

代理人住所 _____

【記入例】

ケアプランを管理している事業所情報を記入例) 訪問介護事業所〇〇〇

ケアマネジャーの氏名(苗字のみで可)を記入してください

歯科健診を受けられる日を記入してください

健診受診者の氏名・住所

健診受診者本人が署名することが困難な場合は介護者等の代理者が記入してください

年1回 無料で歯科医師が自宅に！

注意) 医師がご自宅に訪問する際にかかった交通費を負担していただくことがあります。
健診の結果治療が必要になった場合、その治療は自己負担が発生します。

あなたは 歯科口腔健診の対象者です

このチラシが同封されていた方は、歯科医師の訪問により受診することができます。ぜひこの機会にお申し込みください。

対象者：今年度 76～85歳になる方(S16.4.2～S26.4.1生まれ)のうち
要介護3以上で在宅の医療保険や介護保険で歯科の管理を受けていない方

訪問健診の受け方

① 歯科医院を決めましょう

同封の医療機関一覧表の「訪問健診」の欄に○がついている医療機関から選んでください

※健診期間は同封の受診券で確認してください

② 予約の電話をしましょう

訪問健診の実施に必要な条件を歯科医院へ確認してください
訪問日の調整など、担当のケアマネジャーへの連絡が必要です

③ 健診を受けましょう

用意
するもの

- 1 「訪問健診受診案内」下の部分を切り取る
- 2 「令和8年度歯科口腔健康診査受診券」
- 3 「訪問健診に係る同意書」
- 4 マイナ保険証または資格確認書

同封のもの

※当日は家族等の同席が必要です



問診票は本人に書いてもらいますが、記入漏れ、記入誤り等がないように確認をお願いします。

広域連合欄出用①

後湖高砂市歯科口腔腫瘍診療室問診票

保険者名 鳥取県後湖高砂市医師会広域連合

※記入漏れに注意

氏名

01 この半年で体重が2~3kg以上減少しましたか
02 現在ご自分の歯や口の状態で気になること(圍りごと)はありませんか。以下の圍りごとの中から最も番号全てに丸印(O)をつけて下さい

- 1. 圍りごとは無い 2. 噛み具合が悪い 3. 外傷が頻になる 4. しやべりにくい 5. 口が乾燥する 6. 口臭
7. 食事や歯磨きで痛みがある 8. お茶や汁物でよくムせる 9. 食べ物が詰まる 10. 入れ歯の問題
11. 出血する 12. 舌が腫む 13. 味覚が低下した 99. その他()

03 現在治療を受けている病気を教えてください(該当するもの全てに丸印(O)をつけて下さい)

- 1. 健康な方で通院していない 2. 高血圧 3. 糖尿病 4. 脳卒中 5. 心臓病 6. がん 7. 肺の病気
8. 骨粗鬆症 9. 肝・胆閉塞性 10. 高脂血症 99. その他()

04 歯磨きや歯の手入れは一日に何回くらいしますか(以下の質問では丸印(O)は一つのみです)

- 1. 1回 2. 2回 3. 3回以上 4. しない

05 歯医のために定期的にかかりつけ歯科医にかかっていますか

- 1. 定期受診している 2. 定期受診していない

06 本日はどうやって来院されましたか

- 1. 歩いて 2. 自転車 3. 車を運転して(バイク含む) 4. 家族の送迎 5. 知人の送迎 6. バス・電車
7. タクシー

07 毎日飲んでおられる薬の種類は何種類ですか

- 1. 1種類~4種類 2. 5種類 3. 6種類以上 4. 飲んでいない

08 食事はおいしいですか

- 1. おいしい 2. 普通 3. あまりおいしくない

09 なんでも噛んで食べることができますか

- 1. なんでも噛むことができます 2. 噛めない物がある

010 夕食を固む人数は自分も入れて何人ですか

- 1. 一人 2. 二人 3. 三人 4. 四人以上

011 家族や周囲の人と一緒に食事をすると共に周囲の人と同じように食事が出来ますか

- 1. 周囲の人より速くできる 2. 同じくらい 3. 遅くなって同じように出来ない

012 食事のしたく(調理)をしますか

- 1. 毎日する 2. 時々する 3. しない

013 肉や魚を食べる量はどのくらいですか

- 1. 毎日食べている 2. 一週間に3回くらい 3. 一週間に1回くらい 4. 食べない

014 この問診について、どうやって知りましたか(該当するもの全てに丸印(O)をつけて下さい)

- 1. 受診案内 2. 市町村の広報 3. 歯科医からの紹介 4. かかりつけ医からの紹介(歯科医以外)
5. 家族・知人からの紹介

歯科口腔腫瘍診療結果を医師等の身元確認に使用する場合があります P1

広域連合欄出用①

後湖高砂市歯科口腔腫瘍診療室問診票

保険者名 鳥取県後湖高砂市医師会広域連合

氏名

01 この半年で体重が2~3kg以上減少しましたか
02 現在ご自分の歯や口の状態で気になること(圍りごと)はありませんか。以下の圍りごとの中から最も番号全てに丸印(O)をつけて下さい

- 1. 圍りごとは無い 2. 噛み具合が悪い 3. 外傷が頻になる 4. しやべりにくい 5. 口が乾燥する 6. 口臭
7. 食事や歯磨きで痛みがある 8. お茶や汁物でよくムせる 9. 食べ物が詰まる 10. 入れ歯の問題
11. 出血する 12. 舌が腫む 13. 味覚が低下した 99. その他()

03 現在治療を受けている病気を教えてください(該当するもの全てに丸印(O)をつけて下さい)

- 1. 健康な方で通院していない 2. 高血圧 3. 糖尿病 4. 脳卒中 5. 心臓病 6. がん 7. 肺の病気
8. 骨粗鬆症 9. 肝・胆閉塞性 10. 高脂血症 99. その他()

04 歯磨きや歯の手入れは一日に何回くらいしますか(以下の質問では丸印(O)は一つのみです)

- 1. 1回 2. 2回 3. 3回以上 4. しない

05 歯医のために定期的にかかりつけ歯科医にかかっていますか

- 1. 定期受診している 2. 定期受診していない

06 本日はどうやって来院されましたか

- 1. 歩いて 2. 自転車 3. 車を運転して(バイク含む) 4. 家族の送迎 5. 知人の送迎 6. バス・電車
7. タクシー

07 毎日飲んでおられる薬の種類は何種類ですか

- 1. 1種類~4種類 2. 5種類 3. 6種類以上 4. 飲んでいない

08 食事はおいしいですか

- 1. おいしい 2. 普通 3. あまりおいしくない

09 なんでも噛んで食べることができますか

- 1. なんでも噛むことができます 2. 噛めない物がある

010 夕食を固む人数は自分も入れて何人ですか

- 1. 一人 2. 二人 3. 三人 4. 四人以上

011 家族や周囲の人と一緒に食事をすると共に周囲の人と同じように食事が出来ますか

- 1. 周囲の人より速くできる 2. 同じくらい 3. 遅くなって同じように出来ない

012 食事のしたく(調理)をしますか

- 1. 毎日する 2. 時々する 3. しない

013 肉や魚を食べる量はどのくらいですか

- 1. 毎日食べている 2. 一週間に3回くらい 3. 一週間に1回くらい 4. 食べない

014 この問診について、どうやって知りましたか(該当するもの全てに丸印(O)をつけて下さい)

- 1. 受診案内 2. 市町村の広報 3. 歯科医からの紹介 4. かかりつけ医からの紹介(歯科医以外)
5. 家族・知人からの紹介

歯科口腔腫瘍診療結果を医師等の身元確認に使用する場合があります P1

本日の歯科 口腔健康 診査 の結果です

あなたの
結果は…?



一般社団法人
島根県歯科医師会
〒690-0884
島根県松江市南田町141-9
TEL:0852-24-2725
FAX:0852-31-0198

0
check!



大きな問題はありません

この状態を維持して、かかりつけ歯科医院で定期的に健口チェックを受けましょう

1
check!



今は良いですが…少し心配です

むし歯や歯周病、入れ歯の不具合…など
こんな症状があれば、歯やお口の健康が損なわれる
可能性があります。かかりつけ歯科医院で治療や指導を受けましょう

2
check!



身体機能低下・低栄養の疑いがあります

急激な体重減少、食事が美味しくない、などは病気が隠れている場合もありますので、かかりつけ医師に相談しましょう
肉や魚を積極的に摂取し、適度な運動を心掛けましょう

3
check!



今すぐ対策が必要です

食事や会話に必要な機能が弱まっているおそれがあります
かかりつけ歯科医師、かかりつけ医師に相談しましょう
肉や魚を積極的に摂取し、適度な運動を心掛けましょう



口腔機能の低下は、全身の健康に影響します

お口のフレイル（きよじゃく虚弱）を放置していると、
ドミノ倒しのように全身の機能が低下してしまいます！



今のあなたは…

今の状態を知ること、**老化の予防**や**回復**が可能です。
今からでも遅くありません、早めの気づき、早めの対応が大切です。

ご相談は

- かかりつけ医師
- かかりつけ歯科医師
- 地域包括支援センター

後期高齢者歯科口腔健診・訪問健診結果票

保険者名：島根県後期高齢者医療広域連合

訪問実施日	令和 年 月 日 ()	被保険者氏名	
歯科医師名			要介護度 ()
ケアプランを管理している 居宅介護支援事業所	事業所名： _____ 電話番号： () _____ 担当者名： _____		

意思の疎通	1. 普通に通じる 2. ある程度通じる 3. ほとんど通じない
身体状況	1. 屋内での生活は自立 2. ベッド主体の生活 (生活の一部要介助) 3. 寝たきり (生活の全て要介助)
口腔衛生状態	1. 良好 2. 歯垢・舌苔あり (指導必要) 3. 極めて不良 (処置必要)
歯みがき (義歯の清掃)	1. 自分で出来る 2. 一部介助 3. 全介助
義歯の有無	1. なし 2. あり
夜間の義歯の状態	1. はずしている 2. はずして水につけている 3. はずさない
1日の歯磨き (義歯の清掃) 回数	1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. していない
お口のお手入れ時の 使用器具	1. 歯ブラシ 2. デンタルフロス 3. 歯間ブラシ 4. スポンジブラシ 5. その他 ()
うがい	1. 自分で出来る 2. 一部介助 3. できない
食事内容	1. 普通食 2. 調整食 (普通食を工夫・お粥・刻み・ペースト・ミキサー等) 3. 経管栄養
嚥下機能	1. ムセなし 2. 時々ムセあり 3. 頻繁にムセあり 4. 不能 (経管) * 誤嚥性肺炎の既往 (あり ・ なし)

必要と思われる 事後措置	1. 特になし 2. 口腔衛生指導 (歯の清掃・粘膜清掃・舌清掃・義歯清掃・ (その他)) 3. 歯科治療 (むし歯・歯周病・義歯・その他) 4. 栄養・食事指導 5. 摂食嚥下機能の精査 6. その他 ()
-----------------	---

債権者登録 (変更・~~廃止~~) 申請書

令和〇〇年△△月◆◆日

(あて先) 島根県後期高齢者医療広域連合長 様

債権者登録 (変更・~~廃止~~) を下記のとおり申請します。

申請区分	新規・ 変更 ・ 廃止	
氏名	後期高齢者医療 広域 連合 後期高齢者医療	
住所	〒690-0000 松江市殿町8-3	
金融機関名	支店名 (コード)	松江 (0123)
預金種目	普通・当座	1234567
口座名義	後期高齢者医療 広域 連合	
	コウキシカイイン	コウイキ
口座名義 (カナ)	ン・ク	シ

歯科医院 (法人) 名を
ご記入ください。

カナは、通帳と同じ
ものを記載してください。

- 注1) 債権者登録による支払方法は口座振替となります。
- 注2) 債権者登録データは財務会計システムで共有されます。
- 注3) 申請区分はいずれかを○で囲んでください。
- 注4) 氏名欄には必ず押印してください。
- 注5) 預金種目はいずれかを○で囲んでください。
- 注6) 口座名義は苗字と名前の間は1マス空けてください。濁点、半濁点も1マス使用してください。
- 注7) 誤記入等の訂正は、訂正印が必要です。

*記載された個人情報 は島根県後期高齢者医療広域連合からの支払に関する業務以外には使用しません。

債権者登録 (変更・廃止) 申請書

令和 年 月 日

(あて先) 島根県後期高齢者医療広域連合長 様

債権者登録 (変更・廃止) を下記のとおり申請します。

申請区分	新規・変更・ 廃止	
氏名	印	
住所	〒	
金融機関名	支店名 (コード)	
預金種目	普通・当座	口座番号
口座名義		
口座名義 (カナ)		

- 注1) 債権者登録による支払方法は口座振替となります。
- 注2) 債権者登録データは財務会計システムで共有されます。
- 注3) 申請区分はいずれかを○で囲んでください。
- 注4) 氏名欄には必ず押印してください。
- 注5) 預金種目はいずれかを○で囲んでください。
- 注6) 口座名義は苗字と名前の間は1マス空けてください。濁点、半濁点も1マス使用してください。
- 注7) 誤記入等の訂正は、訂正印が必要です。

*記載された個人情報 は島根県後期高齢者医療広域連合からの支払に関する業務以外には使用しません。

後期高齢者歯科口腔健康診査委託料請求書

年 月分の当該経費について、後期高齢者歯科口腔健康診査業務委託契約書第 条に基づき請求します。

年 月 日

実施医療機関名 住所
機関名
代表者職氏名

印

請求金額		円	
内訳	健診	円× 名	
	訪問	円× 日(名)	

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 様

送付件数

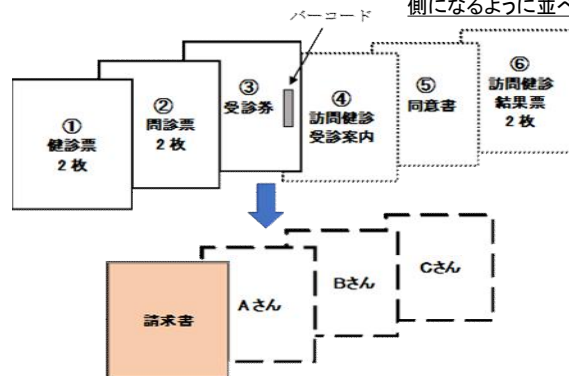
健診票(広域連合提出用①、②)	各	名分
問診票(広域連合提出用①、②)	各	名分
受診券		名分
訪問結果票(広域連合用)		名分
訪問結果票(居宅介護支援事業所用)		名分
訪問健診受診案内		名分
訪問健診同意書		名分

※前年度に後期高齢者歯科口腔健診を実施していない歯科医院は、初回送付時に口座振替依頼書を同封してください。(前年度に広域連合から支払を受けた場合は、提出の必要はありません。)

※健診票(広域連合提出用①、②)、問診票(広域連合提出用①、②)及び受診券を個人ごとに下記の図の順に並べて提出してください。(クリップやホチキスで留めないでください。)また、訪問健診を実施した場合は、訪問結果票(広域連合用、居宅介護支援事業所用)、訪問健診受診案内、訪問健診同意書を送付してください。

受診券は折りたたまずにバーコードが右側になるように並べてください。

● 1 人分



後期高齢者歯科口腔健康診査委託料請求書

記入例

年 ○月分の当該経費について、後期高齢者歯科口腔健康診査業務委託契約書 第 条に基づき請求します。

令和 7年 ○月 ○○日

実施医療機関名 住所 ○○市○○町○○番地○○
機関名 ○○○歯科医院
代表者職氏名 ○○ ○○



この例の計算方法
5,530円×5名+11,204円×1日

Table with 3 columns: 請求金額 (Request Amount), 内訳 (Details), and 円 (Yen). Rows include 健診 (Checkup) and 訪問 (Home Visit) with their respective counts and prices.

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 様

送付件数

Table listing the number of copies for various documents: 健診票 (Checkup tickets), 問診票 (Consultation tickets), 受診券 (Reception coupons), 訪問結果票 (Home visit result tickets), and 訪問健診同意書 (Home visit checkup consent forms).

※前年度に後期高齢者歯科口腔健診を実施していない歯科医院は、初回送付時に口座振替依頼書を同封してください。(前年度に広域連合から支払を受けた場合は、提出の必要はありません。)

※健診票(広域連合提出用①、②)、問診票(広域連合提出用①、②)及び受診券を個人ごとに下記の図の順に並べて提出してください。(クリップやホチキスで留めないでください。)また、訪問健診を実施した場合は、訪問結果票(広域連合用、居宅介護支援事業所用)、訪問健診受診案内、訪問健診同意書を送付してください。

受診券は折りたたまずにバーコードが右側になるように並べてください。

● 1人分

