

完了報告書（ 月分）

医療機関番号 _____

医療機関名 所在地

名称

氏名

印

連絡先

藤沢市長

2026年 月 日

成人歯科健康診査について下記のとおり報告します。

成人歯科健康診査件数

負担金徴収 （20 歳～60 歳）		件
負担金免除 （20 歳～60 歳）		件
負担金徴収 （65 歳・70 歳）	咀嚼能力検査 実施：	件
	咀嚼能力検査 未実施：	件
負担金免除 （65 歳・70 歳）	咀嚼能力検査 実施：	件
	咀嚼能力検査 未実施：	件
無 料 （80 歳）	咀嚼能力検査 実施：	件
	咀嚼能力検査 未実施：	件
合 計		件