

年 月分 公害診療報酬請求書 病 院 用  
診 療 所

区 分	入 院		入 院 外	
	件 数	金 額	件 数	金 額
請 求 額		円		円
※ 決 定 額		円		円

上記のとおり請求する。

年 月 日

医 療 機 関 コ ー ド

公害医療機関 { 所在地  
名 称

開設者の氏名又は名称

都道府県知事（市長）殿

印

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

備考 この用紙は、日本産業規格A列4番黒刷りとする。