

令和 年 月分 公害診療報酬請求書

病院用  
診療所用

様式  
第一号

区 分	入 院		入 院 外	
	件 数	金 額	件 数	金 額
請 求 額		円		円
※ 増 減 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

品川区長 宛

注 意 ※印の欄は、記入しないこと。