

令和 年 月分 公害診療報酬請求書（病院・診療所用）

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。

令和 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 ㊞

吹 田 市 長 あ て

注意 * 印の欄は記入しないこと。