

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	件	円	件	円
* 決 定 額	件	円	件	円

上記のとおり請求します。

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

東 大 阪 市 長 様

注意 \*印の欄は、記入しないこと。