

様式第一号

- ※ (公害)レセコンで作成した様式可能
- ※ 請求者(開設者又は管理者)の押印をお願いいたします
- ※ 提出期限 毎月10日(それ以降は翌月の受付分になります。)
- ※ 支払いは翌月10日の営業日に指定口座振込(休日の場合は前日振込)

年 月 分 公害診療報酬請求書 (病院 診療所 用)
明細書の年月と同じ

見 本

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。

請求書送付日 診療月の翌月1日以降にしてください

年 月 日

医療機関コード 都道府県コード2桁 医療機関コード7桁
[] [] - [] [] [] [] [] [] []

公害医療機関 { 所在地 医療機関の住所
 { 名称 医療機関名

開設者の氏名 開設者名 又は 管理者名 (印)

荒川区長 殿

押印をお願いいたします
 医療機関印、会社印不可
 スタンプ印不可

注意 ※印の欄は、記入しないこと。