

## 年 月 分 公害調剤報酬請求書（薬局用）

| 区 分     | 件 数 | 金 額 |
|---------|-----|-----|
| 請 求 額   |     | 円   |
| ※ 決 定 額 |     | 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

東京都北区長 殿

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

提 出 用