

公 害

令和 年 月分 公害診療報酬請求書(病院用)

都道府県番号

医療機関コード

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。

令和 年 月 日

公害医療機関 {所在地
 } 名称

☎()

開設者の氏名又は名称

新宿区長 あて

注 ※印欄は記入しないでください。

ここより下は記入しないでください。

種 別	入 院	入 院 外	合 計
請 求	件 数		
	金 額		
増 減	件 数		
	金 額		
決 定	件 数		
	金 額		

審 査 所 見	