

調 剤

令和 年 月分 公害調剤報酬請求書(薬局用)

都道府県番号	

医療機関コード			

区 分	調 剤 報 酬	
	件 数	金 額
請 求 額	件	円
※決 定 額	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。

請 求	件 数	
	金 額	
増 減	件 数	
	金 額	
決 定	件 数	
	金 額	

審 査 所 見		