

公 害 診 療 報 酬 請 求 書  
調 剤 訪 問 看 護

請求No.

--

平成  年  月分

公害医療機関番号	表		
	医科	調剤	訪問看護

請求額		請求額		決定額	
		件数	金額	件数	金額
請求額	入院	件	円	件	円
	入院外 (調剤・訪問看護)	件	円	件	円

(提出先) 大 阪 市 長

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

公害医療機関 所在地 〒

名 称

TEL

医療機関名称・請求者氏名  
(必ずご記入・ご捺印ください。)

医療機関名称 ・ 請求者氏名	(印)
----------------------	-----

金融機関名	支店名	種別
口座番号	口座名義	

お届けのあった銀行等は、上記のとおりですので、ご確認ください

ご注意

- 太字及び太枠のみご記入ください。
- 請求印は必ず、朱肉で押印してください。インク浸透式印鑑は認められておりません。  
また、訂正のある場合は必ず訂正印を押してください。
- 所在地、名称、開設者、振込口座等の既届出事項の変更がある場合は、大阪市保健所  
管理課審査・給付グループ(電話06-6647-0782・0794)までご連絡ください。
- 医学的検査の検査料(文書料)は別途支払います。公害診療報酬の請求には  
含めないでください。

審査委員会

--