

診 療 報 酬 請 求 書
公 害 調 剤 訪 問 看 護

請求No.

--

令和 年 月分

公害医療機関番号	表		
	医科	調剤	訪問看護

		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。

令和 年 月 日

公害医療機関 所在地 〒

名 称

医療機関名称・請求者氏名
(必ずご記入ください。)

医療機関名称 ・ 請求者氏名	
----------------------	--

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

- 1 太字及び太枠のみご記入ください。
- 2 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。
- 3 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