

年 月分 公害診療報酬等請求書

次のとおり請求します。

区分	入院		入院外 (調剤)		訪問看護	
	件数	金額	件数	金額	件数	金額
請求額		円		円		円
※決定額		円		円		円

※決定額は記入しないでください

年 月 日

都道府 県番号	点数表 番号	医療機関コード (薬局コード)
.....

公害医療機関

郵便番号 _____

住所 _____

名称 _____

開設者 _____

(宛て先) 川崎市長

(注)

都道府 県番号	点 数	医療機関コード (薬局コード)
1 4	1	5 0 0 0 0 0 0

※1 ※2 ※3

ソ	審	シ
ロ	査	ス
		テ
		ム

審査番号

- ※1 都道府県番号を記載すること (例) 神奈川 14 東京 13
- ※2 医療機関は「1」、薬局は「4」、訪問看護ステーションは「7」を記載すること
- ※3 医療機関コード(薬局コード)は7ケタを記載すること
(支払基金等に請求する際に使用する番号です)