

年 月分 公害診療報酬請求書

病 院
診 療 所 用

区 分	入 院		入 院 外	
	件 数	金 額	件 数	金 額
請 求 額		円		円
※決 定 額		円		円

上記のとおり請求する。

年 月 日

医療機関コード

公害医療機関 { 所在地
名 称

開設者の氏名又は名称

㊞

(あて先) 千葉市長

注意 ※印の欄は、記入しないでください。