

公害医療機関の開設者が認定疾病についての診療のあった場合に請求します。

平成 年 月分 公害診療報酬等請求書

次の通り請求します。

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

平成 年 月 日

都道府 県番号	点数表	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

印

(あて先) ××市長

これより下は記入しないで下さい。

	請求 区分	件数	金 額	返 戻		増 減 金 額							
				件数	金 額	事 務		審 査					
						+	-	+	-				
医 薬 療 剤 費 費	入 院	0:1				+	1			+	1		
	外 来 (調剤)	0:2				+	1			+	1		
	訪 看	0:3				+	1			+	1		

(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 0

※1 ※2 ※3

- ※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使用する番号です)

ソ シ
ロ 審 シ
口 査 ス
テ ム

審査済印