

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

令和 年 月分 公害診療報酬請求書

〔 病 診 療 院 所 用 〕

様式第一号

| 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 |

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

上記のとおり請求する。

令和 年 月 日

医 療 機 関 コ ー ド

公害医療機関 { 所 在 地 称
名

開設者の氏名又は名称

神戸市長 様

※

| 区 分 | 入 院 | | 入 院 外 | |
|-------------|-----|---|-------|---|
| | 件 | 円 | 件 | 円 |
| 増 減 額 | | | | |
| 過 誤 調 整 額 | | | | |
| 返 戻 額 | | | | |
| 支 払 額 | | | | |
| 明 細 書 作 成 料 | | | | |