

公害 診療 報酬請求書  
調剤 訪問看護

令和  年  月分

尼崎市公害医療機関番号	表	
	医科	調剤
		訪問看護

		請求額	
		件数	金額
請求額	入院	件	円
	入院外 (調剤・訪問看護)	件	円

※金額欄の訂正はできませんのでご注意ください。

上記のとおり請求します。

尼崎市長様

令和  年  月  日

医療機関 コード	
-------------	--

公害医療機関 所在地 〒  -

名称

電話  -  -

**開設者の氏名又は名称**

(必ずご記入・ご捺印ください。法人の場合は法人印もご捺印ください。)

フリガナ	
氏名又は名称	(印)

※請求者と振込先口座名義人が異なる場合は、下記口座名義人に受領行為を委任します。

金融機関名	支店名	種別	口座番号
フリガナ			
口座名義			

※ 口座名義は、必ずフリガナもご記入ください。

上記振込先金融機関へ口座振替をしてください。

**ご注意**

- すべてご記入ください。
- 請求印は必ず、朱肉で押印してください。インク浸透印鑑は認められておりません。  
また、訂正のある場合は必ず訂正印を押してください。(※金額欄の訂正はできません。)
- 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、  
尼崎市健康福祉局保健部公害健康補償課(電話06-4869-3019)  
までご連絡ください。
- 認定更新・障害補償費見直し診査に伴う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。
- 送付のときはレセプトの上にとじたうえ、送付してください。

受付印