

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		
<input type="text"/>	医科	調剤	訪問看護

		請求額	
		件数	金額
請求額	入院	<input type="text"/> 件	<input type="text"/> 円
	入院外 (調剤・訪問看護)	<input type="text"/> 件	<input type="text"/> 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	<input type="text"/>
-------------	----------------------

公害医療機関 所在地 〒 -

名称

電話 - -

開設者の氏名又は名称

フリガナ	<input type="text"/>
氏名又は名称	<input type="text"/>

※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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
口座名義	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

※ 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込をしてください。

【注意】

- すべてご記入ください。
- ※金額欄の訂正はできませんので、ご注意ください。
(訂正印は、不可です。)
- 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、
尼崎市保健所 疾病対策課公害健康補償担当(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。
- レセプトの上にホッチキス等で、綴じて、送付してください。

受付印

受付印
