様式第三号

令和　　年　　月調剤分　　公害調剤報酬請求書（薬局用）

公害医療手帳の番号（下4ケタ）		
区　　　分	件　　　数	金　　　額
請　求　額		円
※決　定　額		円

上記のとおり請求します。

令和　　　年　　　月　　　日

薬局コード
（必ず記入して下さい）

公害医療機関　所在地
　　　　　　　名　称

開設者の氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

港　　区　　長

注意　※印の欄は記入しないで下さい。