

令和 年 月診療分 公害訪問看護報酬請求書

〔訪問看護ステーション用〕

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

ステーションコード
(必ず記入して下さい)公害医療機関 所在地
名 称
電話番号

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。