

年 月分 公害調剤報酬請求書 (薬局用)

区 分	件 数	金 額
請 求 額		円
※ 決 定 額		円

上記のとおり請求する。

年 月 日

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

〒

公害医療機関 { 所在地
 } 名 称

開設者の氏名又は名称

(宛先) 板 橋 区 長

注意 ※印の欄は記入しないこと。