

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

薬 局 コ ー ド

公害医療機関 { 所在地
名 称

開設者の氏名又は名称

印

都道府県知事（市長）殿

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

備考 この用紙は、日本産業規格A列4番黒刷りとする事。