

令和 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

(注) ※の欄は記入しないこと。

上記のとおり請求する。

令和 年 月 日

薬 局 コ ー ド
 公害医療機関 { 所在地
 名 称
 電 話

開設者の氏名又は名称

江 東 区 長 殿

切り離さないでください

機 関 名 称				<p>審 査 録 (記入不要)</p>
所在地				
開 設 者 名		電話番号		
審査月	所	見	取 扱 印	
/				
薬 局 コード				

※この審査録は記入不要です。このまま切り離さずに、公害調剤報酬請求書といっしょに提出してください。