

- ※ (公害)レセコンで作成した様式可能
- ※ 請求者(開設者又は管理者)の押印をお願いいたします
- ※ 提出期限 毎月10日(それ以降は翌月の受付分になります。)
- ※ 支払いは翌月10日の営業日に指定口座振込(休日の場合は前日振込)

年 月 分 公害調剤報酬請求書(薬局用)

明細書の年月と同じ

見 本

区 分	件 数	金 額
請求額		円
※ 決定額		円

上記のとおり請求する。

請求書送付日 診療月の翌月1日以降にしてください

年 月 日

薬 局 コ ー ド

都道府県コード2桁

□ □

薬局コード7桁

□ □ □ □ □ □ □

公害医療機関 { 所在地
 } 名 称
開設者の氏名

薬局の住所

薬局名 及び 支店名

薬局の開設者名 又は 管理者名



押印をお願いいたします

薬局印、会社印不可

スタンプ印不可

荒 川 区 長 殿

注意 ※印の欄は、記入しないこと。