様式第三号

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

けんコード

薬　局　コ　ー　ド　□－□□□□□□

公害医療機関　所在地・ＴＥＬ

名　　称

開設者の氏名又は名称　　㊞

東京都台東区長　殿

（Ｈ．９．４改正）

注意　※印の欄は、記入しないこと。