

様式第9号

公害

診療 報酬請求書
調剤 (兼診療等報酬明細書料請求書)
訪問看護

令和 年 月請求分

入 計 審

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

区分	入院		入院外・調剤・訪問看護	
	件数	金額	件数	金額
請求額	件	円	件	円
※ 決定額	件	円	件	円

※印の欄は記入しないで下さい。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日
公害医療機関 所在地 〒

医療機関・薬局・ステーションコード
<input type="text"/>

名 称

開設者の氏名又は名称

堺市長 殿

ご注意

- (1) レセプトの受付は毎月10日〆切必着です。
- (2) 月遅れ分等で複数の診療月分を同時に請求される場合でも請求月でくくって、この請求書1枚でご請求下さい。なお、請求書は月末に振込決定通知に同封して送付いたします。
- (3) 請求書の太字及び太枠内はすべて記載して下さい。
- (4) 公害医療手帳の認定期間・認定疾病は毎月確認して下さい。また、認定番号・疾病名等は正確に記入し、認定疾病及び続発症以外の医療費は他保険へ請求して下さい。

振込先

金融機関名		支店名		種別	
口座番号		口座名義			

※ コードや振込口座等に変更があった場合は
〒590-0078 堺市堺区南瓦町3番1号 電話072-228-7582
堺市 保健所 保健医療薬務課 公害補償係 までご連絡下さい。

所見	<input type="text"/>	審査印	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		