様式第一号

平成　　年　　月分　公害診療報酬請求書〔病院／診療所用〕

区分	入院		入院外	
	件数	金額	件数	金額
請求額		円		円
※ 決定額		円		円

上記のとおり請求する。

平成　　年　　月　　日

医療機関コード

公害医療機関〔所在地／名称〕

開設者の氏名又は名称　　・

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、日本工業規格Ａ列４番黒刷りとすること。