様式第一号

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。

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、日本産業規格Ａ列４番黒刷りとすること。