

令和 年 月分
公害診療報酬請求書
(病院・診療所用)

横浜市公害医療機関番号
(必ず御記入ください)

--	--	--	--

様式
第一号

区分	請求欄			決定欄 (記載しないでください)		
	件数	単価	請求額	件数	単価	金額
入院						
入院外						
小計			¥ -			¥ -
療養日数証明手数料(税込)		440			440	
合計			¥ -			¥ -

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

医療機関コード						
所在地	〒			TEL		
名称						
開設者・代表者の氏名	(印) (朱肉にて押印)					
※受領委任を行わない場合は請求書の押印を省略できます。						

(請求先) 横浜市 長

下記金融機関の口座にお振込みください。

(印) (開設者・代表者の氏名と口座名義人が異なる場合は、上記印を朱肉にて押印)

振込先金融機関	銀行	支店名	本店	支店	
	信用金庫	預金種目	普通	当座	別段
	信用組合	口座番号			
口座名義人(通帳に記載されているカタカナを御記入ください。) ※「医療法人」「医療法人社団」は「イ」と省略することが可能です。					

注: 記入箇所を訂正する場合は、=線で抹消のうえ、開設者・代表者の印を押してください。
修正テープ等による訂正は、受付できません。