

※請求書等が不足する場合は、
コピーにてご対応願います。

横浜市公害医療機関番号

様式
第三号

初回請求時は記載不要です

記入例

調剤の月

令和 4 年 5 月分 公害調剤報酬請求書 (薬局用)

区分	件数	金額
請求欄	2	¥ 34,000
決定欄 (記載しないでください)	記載しないでください	-

※金額の訂正はできません
ので、再作成願います。

上記のとおり請求します。

令和 4 年 6 月 1 日

・請求年月日(調剤月の翌月1日以降)、
・薬局コード のご記入をお願いします

薬局コード	1	2	3	4	5	6	7
所在地	〒 231-0005			TEL 045-671-3824			
横浜市中央区本町 6 丁目50番地の10 (医療機関[薬局]の所在・名称)							
名称	株式会社 ファーマシー						
開設者・代表者の氏名	代表取締役 横浜 港			(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

請求者欄の(法人)名称、開設者・代表者(肩書)氏名と
口座名義人が異なる場合は、2か所に押印願います。
(同じ場合は2か所とも押印省略可)

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 ・ 中 支店							
	信用金庫	預金種目	普通 ・ 当座 ・ 別段							
	信用組合	口座番号	0	9	8	7	6	5	4	
	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。)									
	か)	ファーマシー	ダ	化	ョウトリ	マリヤク	ヨコハマ	ミナト		

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。 ※金額の訂正はできませんので、再作成願います。

印欄は押印以外コピーで作成いただいて結構です。