

令和 年 月分 公害調剤報酬請求書(薬局用)

区 分	件 数	金 額
請 求 額	件	円
※決 定 額	件	円

上記のとおり請求する。

令和 年 月 日

薬 局 コ ー ド

公 害 医 療 機 関 所 在 地

名 称

T E L

開 設 者 の 氏 名 又 は 名 称

富 士 市 長 殿

振込銀行	銀行 支店		
口座種別	当座 普通	口座番号	
フリガナ 名 義 人			

※印の欄は記入しないこと。名義人の欄は、通帳の名義どおり正確に記入してください。