



様式第三号

令和 年 月分 公害調剤報酬請求書

(薬局用)

※欄には記入しないでください

区分	件数	金額
請求額		円
※ 返戻		
※ 増減		
※ 決定額		円

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

薬局コード

都・県 コード

医療機関コード 枠に合わせて記入してください

公害調剤機関 所在地
名称
電話番号

開設者の氏名又は名称

江戸川区長 殿