

【解説】①～④及び説明書を参考に作成してください。
 エクセルで作成する場合は必要な箇所に入力することができます。

療 養 所 } 用

整 理 番 号
 (市登録番号)

② 診療年月を必ず記載してください。

令和 年 月 診療分

① 整理番号 (4桁)

(※守口市で登録している各医療機関の番号です。
 ご不明な場合は守口市健康推進課：06-6992-2422

	入 院				入 院			
	件 数	金 額			件 数	金 額		
請 求								
決 定								

※請求欄のみ記載してください。

- 1 同月の診療報酬の請求につき、請求書は1枚にとりまとめ記載してください。
- 2 請求書及び明細書には必ず、整理番号及び診療年月日を記載してください。※明細書にも所在地、名称を要記載
- 3 請求欄の該当する入院、入院外及び合計欄に記載してください。
- 4 公害診療報酬明細書は、入院・入院外を分け、それぞれを診療年月順にしてください。
- 5 請求書、入院、入院外の順に綴じて提出してください。
- 6 はじめて請求される場合は、登録が必要です。「公害医療(調剤)機関届出書」を提出してください。
- 7 この請求書は療養日数証明手数料の請求書を兼ねるものです。

③ 説明事項を一読のう

療養日数証明手数料

※請求内容を確認し、支給を決定します。

	単価 (消費税込)	件 数	金 額	
請 求	4 5 1 円			
決 定	<input type="checkbox"/> 請求を決定とする			

※請求欄のみ記載してください。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

医 療 機 関 コー ド

公 害 医 療 機 関 所 在 地

電 話 番 号

名 称

開 設 者 の 氏 名 又 は 名 称

④必ず朱肉印で押印してください。



守 口 市 長 殿

点 検 欄	
1	<input type="checkbox"/> 内容事務診査
2	<input type="checkbox"/> 縦 計

審 査 欄	
	審査済印

公害

公害診療報酬請求書〔 病 院 所 〕用

整理番号 (市登録番号)			

令和 年 月診療分

※請求欄のみ記載してください。

	入 院			入 院 外			合 計		
	件 数	金 額		件 数	金 額		件 数	金 額	
請 求									
決 定 (審 査)									

- 1 同月の診療報酬の請求につき、請求書は1枚にとりまとめ記載してください。
- 2 請求書及び明細書には必ず、整理番号及び診療年月日を記載してください。※明細書にも所在地、名称を要記載
- 3 請求欄の該当する入院、入院外及び合計欄に記載してください。
- 4 公害診療報酬明細書は、入院・入院外を分け、それぞれを診療年月順にしてください。
- 5 請求書、入院、入院外の順に綴じて提出してください。
- 6 はじめて請求される場合は、登録が必要です。「公害医療（調剤）機関届出書」を提出してください。
- 7 この請求書は療養日数証明手数料の請求書を兼ねるものです。

※請求欄のみ記載してください。

療養日数証明手数料

※請求内容を確認し、支給を決定します。

	単価（消費税込）	件 数	金 額	
請 求	4 5 1 円			
決 定 (審 査)	<input type="checkbox"/> 請求を決定とする			

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

医 療 機 関 コー ド

公 害 医 療 機 関 所 在 地 〒

電 話 番 号

名 称

開 設 者 の 氏 名 又 は 名 称



守 口 市 長 殿

診療報酬の請求について、公害健康被害の補償等に関する法律に基づき、当該請求に係る診療内容及び診療報酬を審査して、診療報酬の額を決定し、これを支払うものです。

点 検 欄	
1	<input type="checkbox"/> 内容事務診査
2	<input type="checkbox"/> 縦 計

審 査 欄	
	審査済印