

【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。

整理番号 (市登録番号)			

令和 年 月 分

② 診療年月を必ず記載してください

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までお電話ください)

区分				
請求				
決定				

※請求欄のみ記入してください。

- 1 同月の調剤報酬の請求につき、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、整理番号及び調剤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 請求欄の件数及び合計欄に記載してください。
- 4 公害調剤報酬明細書は、診療年月順にしてください。
- 5 請求書、明細書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。

③ 説明事項を一読のうえ、  
 ご請求ください。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

薬 局コード

--	--	--	--	--	--	--	--

公害医療機関所在地

〒							
④必ず朱肉印で押印してください。							印

電話番号

名称

開設者の氏名又は名称

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	
診査所見	審査済印

公 害

公害調剤報酬請求書〔 薬 局 〕用

整理番号 (市登録番号)			

令和 年 月 分

※請求欄のみ記載してください。

公害調剤報酬

区 分	件 数	金 額		
請 求				
決 定 (審 査)				

- 1 同月の調剤報酬の請求につき、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、整理番号及び調剤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 請求欄の件数及び合計欄に記載してください。
- 4 公害調剤報酬明細書は、診療年月順にしてください。
- 5 請求書、明細書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。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

薬 局 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

調剤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、当該請求に係る調剤内容及び調剤報酬を審査して、調剤報酬の額を決定し、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