

診療年月をご記入ください。（請求年月ではありませんのでご注意ください）

令和 2 年 4 月分 公害診療報酬請求書（病院・診療所用）

区分	入院		入院外	
	件数	金額	件数	金額
請求額	1	円 75,000	8	円 80,000
※決定額		円		円

決定額の記入は不要です

上記のとおり請求する。

令和 2 年 5 月 3 日

医療機関コード 13.07.1234.5

公害医療機関 所在地 東京都墨田区吾妻橋1-23-20
名称 すみだクリニック

開設者の氏名又は名称 墨田 太郎

墨田区長 様

押印を求める手続の見直し等のための環境省関係
省令の一部を改正する省令が施行されたことに伴
い、**押印不要**となりました。

注意 ※印の欄は記入しないこと。