

記入例

※請求書等が不足する場合は、
コピーにてご対応願います。

診療の月

令和 4 年 5 月分 公害診療報酬請求書 (病院・診療所用)

横浜市公害医療機関番号

初回請求時は記載不要です

様式
第一号

区分	請求欄			決定欄 (記載しないでください)		
	件数	単価	請求額	件数	単価	金額
入院	1	/	10,000 ^A	記載しないでください		
入院外	2		15,000 ^B			
小計	3		¥ 25,000 ^{C=A+B}			
療養日数証明手数料(税込)	3	440	1,320 ^D			
合計			¥ 26,320 ^{=C+D}			

上記のとおり請求します。

1か月の明細書1通につき
1件を計上願います。

※合計金額の訂正はできませんので、再作成願います。

令和 4 年 6 月 1 日

請求年月日(診療月の翌月1日以降)、医療機関コードのご記入をお願いします

医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7
所在地	〒 231-0005			TEL 045-671-3824			
	横浜市中区本町6丁目50番地の10						
名称	医療法人 (◆◆◆医院)			病院			
開設者・代表者の氏名	理事長 横浜 港 (院長 横浜 港)			印 (朱肉にて押印)			

※受領委任を行わない場合は請求書の押印を省略できます。

(請求先) 横浜市長

請求者欄の(法人)名称、開設者・代表者(肩書)氏名と
口座名義人が異なる場合は、2か所に押印願います。
(同じ場合は2か所とも押印省略可)

下記金融機関の口座にお振込みください。

印 (開設者・代表者の氏名と口座名義人が
異なる場合は、上記印を朱肉にて押印)

振込先金融機関	銀行	支店名	本店 ・ 中 支店						
	信用金庫	預金種目	普通 ・ 当座 ・ 別段						
	信用組合	口座番号	0	9	8	7	6	5	4

口座名義人(通帳に記載されているカタカナを御記入ください。)
※「医療法人」「医療法人社団」は「イ」と省略することが可能です。

イ) リジ'チヨウヨコマミナト / イ) ビ'ヨウインリジ'チヨウヨコマミナト
(ヨコマミナト)

注: 記入箇所を訂正する場合は、=線で抹消のうえ、開設者・代表者の印を押してください。

修正テープ等による訂正は、受付できません。

※合計金額の訂正はできませんので、再作成願います。

印欄は押印以外コピーで作成いただいて結構です。