

特定呼吸器疾病患者医療費支払請求書（薬局用）		
令和 年 月分		
区 分	件 数	金 額
請 求 額	件	円
※ 審 査 済 額	件	円
※ 決 定 額	件	円
※ 過 誤 調 整 額	件	円

上記のとおり請求する。

令和 年 月 日

医療機関

{

所在地

.....

名 称

.....

開設者氏名

.....

名 古 屋 市 長 殿

※の欄には記入しないでください。