

医 学 的 検 査 請 求 書

合 計 金 額

金額									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※金額はアラビア数字で記入の上、頭に¥マークをつけること。
※金額欄の訂正はできません。金額を誤って記載した場合、新しい用紙で作成してください。

検 査 件 数

	件
--	---

上記の金額について請求し、公害健康被害の補償等に関する法律に係る診療報酬等の口座振込依頼書の口座に振込方依頼します。

(あて先) 八尾市長

年 月 日

[医療機関]

医療機関コード							
---------	--	--	--	--	--	--	--

〒 _____

住所 _____

電話 ()

医療機関名 _____

開設者氏名 _____ 印