

郵送料 R1.10.1 改定

労災診療費請求用紙注文票

千葉県内の医療機関のみ使用可

| 労災指定番号 | 医療機関住所・名称 | ご担当者 |
|--------|----------------|----------------------------------------------|
| | 住所 〒 名称 | 担当者名 _____ 所属 _____ TEL _____ |

診療費

| 物品番号 | 請求書等の名称 | 請求枚数 |
|-------|------------------------|------|
| 7230 | 労働者災害補償保険診療費請求書 | 枚 |
| 7231 | 診療費請求内訳書（入院用）[単] | 枚 |
| 7232 | 診療費請求内訳書（入院外用）[単] | 枚 |
| 7233 | 診療費請求内訳書（入院用傷）[単] | 枚 |
| 7234 | 診療費請求内訳書（入院外用傷）[単] | 枚 |
| 7235 | 診療費請求内訳書（入院用）[連続] | 枚 |
| 7236 | 診療費請求内訳書（入院外用）[連続] | 枚 |
| 7237 | 診療費請求内訳書（入院用傷）[連続] | 枚 |
| 7238 | 診療費請求内訳書（入院外用傷）[連続] | 枚 |
| 7239 | 診療費請求内訳書（入院用）[連続・小枠] | 枚 |
| 72220 | 診療費請求内訳書（入院外用）[連続・小枠] | 枚 |
| 72221 | 診療費請求内訳書（入院用傷）[連続・小枠] | 枚 |
| 72222 | 診療費請求内訳書（入院外用傷）[連続・小枠] | 枚 |
| 72213 | 診療費請求内訳書（続紙） | 枚 |

アフターケア

| 物品番号 | 請求書等の名称 | 請求枚数 |
|-------|--------------------|------|
| 81201 | アフターケア委託費請求書 | 枚 |
| 81203 | アフターケア委託費請求内訳書（単票） | 枚 |
| 81204 | アフターケア委託費請求内訳書（連続） | 枚 |
| 81214 | アフターケア委託費請求内訳書（続紙） | 枚 |

診療費関係用紙の郵送料

| 単 票 | 4枚迄 | 14枚迄 | 23枚迄 | 42枚迄 | 90枚迄 | 184枚迄 |
|----------|------|------|------|------|------|-------|
| 郵送料（規格内） | 120円 | 140円 | 210円 | 250円 | 390円 | 580円 |
| 連 続 | 4枚迄 | 11枚迄 | 19枚迄 | 35枚迄 | 78枚迄 | 159枚迄 |
| 郵送料（規格外） | 200円 | 220円 | 300円 | 350円 | 510円 | 710円 |

（上記枚数は、郵送料を基に算出した目安枚数です。実際の郵送重量により送付枚数は多少異なる場合があります。）

用紙を注文される時は、この用紙に必要な枚数を記載し、注文する総枚数（複数種類の場合は合計した総枚数）を上記の表で確認し、該当する郵送料（返信用切手）を返信用封筒（A4サイズの書類が入る大きさ / 連続用紙の場合はB4サイズの書類が入る大きさ）に貼って下記へ送付してください。

なお、一回の請求枚数は、貴院で使用する3ヶ月分を限度としてください。

| | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 送付先 | 〒260-8625 千葉市中央区中央4-11-1 千葉第二地方合同庁舎4階 千葉労働局 労働基準部 労災補償課分室 043-202-2370 Fax 043-202-2151 |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

宅配便による「着払」での送付を希望される場合は、この用紙に記載のうえ、FAXにて送信ください。（宅配便による着払は、700円以上+消費税となります。宅配業者の指定はできません。）