

郵送料 R1.10.1 改定

**労災薬剤費請求用紙注文票**

千葉県内の薬局のみ使用可

労災指定番号	労災指定薬局の住所・名称	ご担当者
	住所(〒 )	担当者名 _____
	名称	TEL _____

**薬 剤 費**

物品番号	請求書等の名称	請求枚数
72224	労働者災害補償保険薬剤費請求書	枚
72225	薬剤費請求内訳書(短期)	枚
72226	薬剤費請求内訳書(傷)	枚

**アフターケア**

物品番号	請求書等の名称	請求枚数
81202	アフターケア委託費請求書(薬局用)	枚
81205	アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)	枚

**薬剤費関係用紙の郵送料**

郵送料	120円	140円	210円	250円	390円	580円
単 票	4枚迄	14枚迄	23枚迄	42枚迄	90枚迄	184枚迄

(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。)

用紙を注文されるときは、この用紙に必要枚数を記載し、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)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、貴薬局で使用する3か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 <b>千葉労働局 労働基準部 労災補償課分室</b> 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。  
(送料は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。)