

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 _____

○二次健康診断請求関係用紙

物品番号	請求書等の名称	請求枚数
72615 (二機様式第1号)	労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書	枚
72620 (二機様式第2号)	二次健康診断等費用請求内訳書	枚
72615/72620 セット	労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書 二次健康診断等費用請求内訳書	セット

○二次健康診断関係用紙の郵送料

郵便料 金		5枚迄	10枚迄	20枚迄	30枚迄
	請求書のみ	120円	140円	210円	250円
	内訳書のみ	140円	250円	390円	390円
	請求書・内訳書セット	5セット迄	10セット迄	20セット迄	30セット迄
210円		250円	390円	580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。

用紙を注文されるときは、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）に貼って下記へ送付してください。

<p>[送付先] 〒260-8612 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</p>
---

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。）