

郵送料 R6.10.1 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 (〒) 名称 | 担当者名 _____ TEL _____ |

薬 剤 費

| 物品番号 | 請 求 書 等 の 名 称 | 請求枚数 |
|-----------|-----------------|------|
| 7 2 2 2 4 | 労働者災害補償保険薬剤費請求書 | 枚 |
| 7 2 2 2 5 | 薬剤費請求内訳書 (短期) | 枚 |
| 7 2 2 2 6 | 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 |
|-----------|----------------------|------|
| 8 1 2 0 2 | アフターケア委託費請求書 (薬局用) | 枚 |
| 8 1 2 0 5 | 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 | 1 4 0 円 | 1 8 0 円 | 2 7 0 円 | 3 2 0 円 | 5 1 0 円 | 7 5 0 円 |
|-----|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| 単 票 | 4 枚迄 | 1 4 枚迄 | 2 3 枚迄 | 4 2 枚迄 | 9 0 枚迄 | 1 8 4 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。

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]
〒260-8612 千葉市中央区中央 4-11-1 千葉第二地方合同庁舎
千葉労働局 労働基準部 労災補償課
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。(宅配業者の指定はできません。)