コピーしてお使いください

労災薬剤費請求用紙　注文票

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
７２２１４	労働者災害補償保険薬剤費請求書	枚
７２２１５	薬剤費請求内訳書（短期）	枚
７２２１６	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	２０５円	２５０円	３８０円	５７０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］
〒260-8612　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

TEL 043-221-4313　　Fax 043-221-6869

＊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。）