

コピーしてお使いください

二次健康診断請求用紙 注文票

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	労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書	枚
72620	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

		5枚迄	10枚迄	20枚迄	30枚迄	40枚迄	50枚迄
郵送料	請求書のみ	120円	140円	205円	250円	250円	380円
	内訳書のみ	140円	250円	380円	380円	570円	570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	40セット 迄	50セット 迄
		205円	250円	380円	570円	570円	1020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。
なお、一回の請求枚数は、貴院で使用する1年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。)