

オンレセにかかる請求書送付書

(令和 年 月分)

提出日 年 月 日

労災指定（指名）番号

医療機関（薬局）名

所在地

担当者名

連絡先電話

送 付 内 訳

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| 1 | 療養の給付請求書（様式 5 号、16 号の 3、特別加入者災害現認書） | 枚 |
| 2 | 指定病院等の変更届（様式 6 号、16 号の 4） | 枚 |
| 3 | 症状の詳記・日計表等 | 枚 |
| 4 | 労災リハビリテーション評価計画書 | 枚 |
| 5 | その他 | 枚 |

提出先：広島労働局労働基準部労災補償課 分室
〒730-8538 広島市中区上八丁堀 6-30
広島合同庁舎 2 号館 6 階