

# 新様式

薬局用

薬

労働者災害補償保険薬剤費請求書及び内訳書・アフターケア委託費請求書及び内訳書用紙申込書

労災指定薬局番号			
指定薬局の名称			
指定薬局の所在地	〒	担当者氏名	
電話番号			

請求する用紙の種類			
種類	帳票番号	物品番号	所要枚数
労働者災害補償保険薬剤請求書	34729	72224	枚
薬剤費請求内訳書	34730	72225	枚
〃 (傷病年金用)	34731	72226	枚
アフターケア委託費請求書(薬局用)	37701	81202	枚
アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)	37710	81205	枚

## 『お願い』

- レセプト用紙の申し込みは、上部の「請求する用紙の種類」に所要枚数を記入し、当課分室宛郵送願います。
- 郵送料はご負担していただくこととなりますので、返信用封筒等に宛名を明記し、次の点にご留意のうえ、切手を貼付して請求願います。

- 返信用の封筒（長辺 34 cm、短辺 25 cm以内）については、A4用紙が同封できるものでお願いします。
- 返信用封筒による送付可能枚数の目安は、次のとおりです。（用紙の種類、封筒の重さによっては枚数を加減する場合があります）
  - ・ 140円切手貼付場合 100g 10枚程度（同封目安）
  - ・ 210円切手貼付場合 150g 20枚程度（同封目安）
  - ・ 250円切手貼付場合 250g 40枚程度（同封目安）
  - ・ 390円切手貼付場合 500g 90枚程度（同封目安）
  - ・ レターパック・レターパックライトの場合 200枚程度（同封目安）
  - ・ 宅配便着払いでの発送も可 1箱500枚程度（宛先記入の着払伝票等を同封して下さい）
  - ・ 規格外封筒使用については、郵便局へお問い合わせください。

令和元年10月1日改定

申込書提出先

〒060-0807

札幌市北区北7条西1丁目2-6 NCO札幌12階

北海道労働局 労働基準部 労災補償課分室

TEL 011-716-2080

FAX 011-716-2088