

指定医療機関番号

医療機関用

労働者災害補償保険診療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

指定医療機関の名称			
医療機関の所在地等	〒	電話番号	
		担当者名	

単票 (主に手書き又はレーザープリンターで使用するもの)

種類	帳票番号	物品番号	請求枚数
診療費請求書	3 4 7 2 0	文字大 7 2 3 0	枚
入院用(一般)	3 4 7 2 1	文字大 7 2 3 1	枚
外来用(一般)	3 4 7 2 2	文字大 7 2 3 2	枚
入院用(傷病年金受給者用)	3 4 7 2 3	文字大 7 2 3 3	枚
外来用(傷病年金受給者用)	3 4 7 2 4	文字大 7 2 3 4	枚

連票 (主にラインプリンターで使用するもの)

入院用(一般)	3 4 7 2 1	文字大 7 2 3 5	枚
外来用(一般)	3 4 7 2 2	文字大 7 2 3 6	枚
入院用(傷病年金受給者用)	3 4 7 2 3	文字大 7 2 3 7	枚
外来用(傷病年金受給者用)	3 4 7 2 4	文字大 7 2 3 8	枚
入院用(一般)コンピュータ	3 4 7 2 5	文字小 7 2 3 9	枚
外来用(一般)コンピュータ	3 4 7 2 6	文字小 7 2 2 2 0	枚
入院用(傷病年金受給者用)コンピュータ	3 4 7 2 7	文字小 7 2 2 2 1	枚
外来用(傷病年金受給者用)コンピュータ	3 4 7 2 8	文字小 7 2 2 2 2	枚
続 紙		7 2 2 1 3	枚

アフターケア委託費

アフターケア委託費請求書	3 7 7 0 0	8 1 2 0 1	枚
請求内訳書	3 7 7 0 2	8 1 2 0 3	枚
続 紙		8 1 2 1 4	枚

- 1 本様式に種類毎の請求枚数を記入し、切手を貼付した返信用封筒(レターパックを含む)又は宅配便等の着払い伝票を同封の上、下記提出先に郵送してください。(用紙代は無料です。)
- 2 返信用封筒は、A 4判用紙を折らずに収納できる定形外封筒をご用意願います。(連票様式の場合は幅に余裕を持たせてください。)
- 3 貼付する切手は下記を参考にしてください。なお、規格外封筒の場合は予め郵便局にお問い合わせください。

普通郵便料(定形外規格内)	140円	210円	250円	レターパック	250g(40枚)超の場合、 レターパック(ライト) または着払い宅配便等の利用を推奨します。
重量(厚さ3cm以内)	100gまで	150gまで	250gまで		
目安枚数(単票)	10枚	20枚	40枚	200枚	

- 1 郵便料金は令和6年2月1日現在のものです。改定があったときは読み替えてください。
- 2 用紙の種類、封筒の重さによっては枚数を加減する必要があることを、予めご了承ください。

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