

指定薬局番号	
--------	--

調剤薬局用
-------



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

指定調剤薬局の名称			
薬局の所在地等	〒	電話番号	
		担当者名	

種 類	帳票番号	物品番号	請求枚数
労働者災害補償保険薬剤費請求書	3 4 7 2 9	7 2 2 2 4	枚
薬剤費請求内訳書(一般)	3 4 7 3 0	7 2 2 2 5	枚
薬剤費請求内訳書(傷病年金受給者用)	3 4 7 3 1	7 2 2 2 6	枚
アフターケア委託費請求書(薬局用)	3 7 7 0 1	8 1 2 0 2	枚
アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)	3 7 7 1 0	8 1 2 0 5	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	

- 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