

労災指定番号

令和 年 月 日

北海道労働局労働基準部

労災補償課分室 御中

医療機関・調剤薬局の名称

担当者氏名

電話番号

労災レセプトオンライン請求に係る添付書類送付状

令和 年 月請求分 労災レセプトのオンライン請求に係る下記添付書類を  
別添のとおり送付します。

記

療養の給付請求書 (様式第5号・様式第16号の3)	枚
指定病院等変更届 (様式第6号・様式第16号の4)	枚
労災リハビリテーション評価計画書	枚
手術記録の写し	枚
X-P・MRI・CT等の画像の写し	枚
その他( )	枚