

労働者災害補償保険二次健康診断等費用請求書及び内訳書用紙申込書

労災指定医療機関番号			
指定医療機関の名称		担当者氏名	
医療機関の所在地	〒	TEL	

種 類	帳票番号	(物品番号)	必要とする枚数
二次健康診断等費用請求書	3 8 7 0 0	(7 2 6 1 5)	枚
二次健康診断等費用請求内訳書	3 8 7 0 1	(7 2 6 2 0)	枚
二次健康診断等給付請求書	3 8 5 0 0	(7 2 6 0 0)	枚

『お願い』

- 1 レセプト用紙の申し込みは、請求する用紙の種類毎に所要枚数を記入し、当課宛郵送願います。
- 2 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、切手を貼付して申込み願います。
 - (1) 返信用封筒については、A4用紙が折らずに収納できる封筒でお願いします。
レターパック(プラス・ライト)での送付も可能です。
宅配便着払いでの発送も可 (宛先記入の着払伝票等を同封して下さい。)
 - (2) 各種様式の種類の重さの目安は、次のとおりです。
二次健康診断等費用請求書もしくは 二次健康診断等給付請求書
1枚当たり おおよそ6g
二次健康診断等費用請求内訳書は 4枚複写用紙 になっています。
1セット おおよそ17g

申込書提出先

〒060-8566

札幌市北区北8条西2丁目1-1

札幌第一合同庁舎9階

北海道労働局 労働基準部労災補償課

TEL 011-709-2311 内線 3587