

令和 年 月 日

(労働局) 御中

住 所
開設者
氏 名

電子媒体確認申請書 (光ディスク送付書)

労災保険指定医療機関等番号	
労災保険指定医療機関等名称	
点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 医科 (アフターケア) ・ 調剤 (アフターケア)
請求開始希望 (予定) 月	平成 / 令和 年 月診療 (調剤) 分から
媒体種類	C D ・ D V D
媒体提出枚数	枚
備 考	

※ 1 労災保険指定医療機関等とは、労災保険指定病院、労災保険指定薬局及び労災病院のこと。

※ 2 本申請書は、点数表区分別に作成すること。

※ 3 点数表区分については、該当に○を付すこと。