

送 付 書

令和 年 月分請求書を下記のとおり送付いたします。

指定病院等の番号	2	8					
----------	---	---	--	--	--	--	--

新 継 別	労働局名	監 督 署 名	様式第5号及 び16号の3	請 求 内 訳 書		※ 保 留 ・ 返 戻		備 考
				件 数	金 額	件 数	金 額	
新 規 (初 回) 分								
レ セ プ ト 子		様式第5号及び16号の3		/	/	/	/	
		様式第6号及び16号の4						
		リハビリ評価計画書・症状詳記 ()	名分					
継 続 分	全 監 督 署 分			/	/	/	/	
合 計								

令和 年 月 日

兵庫労働局 労災補償課 医療係 御中

医療機関の所在地

- (注) 1. 新規分は必ず監督署別に編綴し、様式第5号又は第16号の3を添付して下さい。(転医始診除く) 名称
2. 2回目以降の継続分は全監督署分(県内・県外すべて)を一括して編綴(50枚程度まで)して下さい。
3. 様式第5号及び16号の3の欄には、合計枚数を記入して下さい。
4. 電子レセプトは、様式第5号等の合計枚数のみ記入して下さい。
5. 兵庫県内に所在する医療機関は、被災者が県外の事業場の所属であっても兵庫労働局への請求となります。
6. アフターケア・薬剤費及び二次健診は、記入しないで下さい。
7. 請求書、請求内訳書に、添付書類の貼付(糊付)は絶対にしないで下さい。
8. ※印欄には記入しないで下さい。