

## 労災保険薬剤費請求書・薬剤費請求内訳書記載要領

### (1) 一般的事項

・OCR 読取り部の枠内の数字は「コンピュータ印書又は黒のボールペン」で「標準字体」で枠内に納まるように記入をお願いします。

・鉛筆・サインペンでの記載は、OCR 読取りができませんので使用しないようにお願いします。

### (2) 労働者災害補償薬剤費請求書（指薬機様式第 1 号）記載上の留意事項

・労災指定薬局の番号の記入を必ずお願いします。

\* 茨城の労災指定薬局番号は「084」で始まる 8 桁の番号となります。

・「請求金額」欄・・・薬剤費請求内訳書（レセプト）の合計額を記入してください。

・請求金額には必ず¥マークを記入してください。

\* 請求金額欄の訂正はできません。間違った場合は請求書を新たに作成してください。

・「内訳書添付枚数」欄・・・添付されているレセプトの枚数（様式 5 号・16 号の 3・6 号・16 号の 4・続紙は含まれません）を記入してください。

**\* レセプト用紙は続紙としては使用できません。**

・「請求年」及び「請求月」欄・・・添付したレセプトのうち最新の診療年月を記入してください。

\*添付したレセプトの請求月が3月と4月の場合の請求月は4月となります。

**注) レセプト請求については、当月請求分のレセプトをまとめて請求書1枚に、合計した請求金額・内訳書枚数を記入して請求をお願いします。**

(3) 労災保険薬剤費請求内訳書（レセプト）記載上の留意事項

・レセプト、続紙共に他の用紙を糊付けするとOCR読取りができなくなりますので切り貼りはしないようにお願いします。

・「労働保険番号」「生年月日」「傷病年月日」「投薬期間」「合計額」の記入を必ずお願いします。

\*労働保険番号は枝番号までの14桁全ての記入をお願いします。枝番号がない場合は下3桁に、000と記入をお願いします。

\*傷病年月日は初診日ではなく、様式第5号・16号の3・6号・16号の4に記載されている傷病年月日の記入をお願いします。

\*レセプトの合計額に¥マークは記入しないようにお願いします。

\*指薬機様式第1・2・3号（薬剤費請求書・内訳書）についてはダウンロードした用紙は使用しないようにお願いします。