

## レセプト用紙申込書（薬局用）：FAX用

令和 年 月 日  
依頼

労災指定番号	名 称		
所在地等	郵便番号	—	
	住 所		
	電話番号	担当	

### 申 込 用 紙 の 種 類

種 類	帳 票 物品番号	枚 数
薬剤費請求書 指薬機様式第1号	72224	枚
薬剤費請求内訳書（短期） 指薬機様式第2号	72225	枚
薬剤費請求内訳書（長期：傷病年金用） 指薬機様式第3号	72226	枚
アフターケア委託費請求書 実施要領 様式第6号	81202	枚
アフターケア委託費請求内訳書 実施要領 様式第6号の2	81205	枚

### 着払料金表（ゆうメール）

枚数	重さ	運賃	手数料	着払料金
20枚位	150 g 以内	180	26	<b>206円</b>
40枚位	250 g 以内	215	26	<b>241円</b>
90枚位	500 g 以内	310	26	<b>336円</b>
180枚位	1kg以内	360	26	<b>386円</b>

- \* 郵送の場合は着払となります。
- \* 着払料金表を参考に、請求枚数を記入してください。
- \* 180枚以上をご希望の場合は、ご連絡ください。

なお、枚数はあくまでも目安であり、微調整させていただきます。

◎ 取得方法： 郵送 ・ 来局

◎ 来局日時： 令和 年 月 日 午前 ・ 午後 時 分頃

- ・ 必要な枚数を該当欄に記入してください。
- ・ 郵送又は来局か、表示をお願いします。
- ・ 郵送申込後、10日以上経過しても到着しない場合は、ご連絡ください。

#### 【連絡先】

鹿児島労働局 労働基準部 労災補償課 8階

TEL：099-216-8616

FAX：099-227-4171