

レセプト用紙申込書（医療機関用）

依頼日：令和 年 月 日

労災指定医療機関番号	医 療 機 関 名		
所 在 地	(〒 —)		
電 話 番 号	— —	担当者名	

【申込用紙及び枚数】

※ 希望枚数をご記入ください。

種 類		帳票種別	物品番号 (右下欄外に記載)	希望枚数	備 考
診療費請求書		34720	7230	枚	単 票
診療費請求内訳書 (単票)	入院用	34721	7231	枚	単 票
	入院外用	34722	7232	枚	
	入院用(傷)	34723	7233	枚	
	入院外用(傷)	34724	7234	枚	
診療費請求内訳書 (連続用紙)	入院用	34721	7235	枚	連続用紙 (ミシン目でつながったもの)
	入院外用	34722	7236	枚	
	入院用(傷)	34723	7237	枚	
	入院外用(傷)	34724	7238	枚	
診療費請求内訳書 (コンピューター用)	入院用	34725	7239	枚	連続用紙 (ミシン目でつながったもの)
	入院外用	34726	72220	枚	
	入院用(傷)	34727	72221	枚	
	入院外用(傷)	34728	72222	枚	
アフターケア委託費請求書		37700	81201	枚	単 票
アフターケア委託費請求内訳書		37702	81203	枚	
二次健康診断等費用請求書		38700	72615	枚	単 票
二次健康診断等費用請求内訳書		38701	72620	枚	単票+3枚複写

【受取方法】

郵 送 ・ 来 局

(いずれかを○で囲んでください。)

(郵送の場合)

- ・着払いとなりますので、下表の料金を参考にしてください。
(目安枚数は単票のみの場合ですので、連続用紙等の場合はご連絡ください。)
- ・在庫に限りがありますので、必要以上の請求はご遠慮ください。

(来局の場合)

・来局される日時
令和 年 月 日
午前 ・ 午後 時頃

着払料金表(ゆうメール) ※ 目安枚数は単票のみの場合

目安枚数	重さ	運賃	手数料	着払料金
20枚	150g以内	190	34	224円
40枚	250g以内	230	34	264円
90枚	500g以内	320	34	354円
180枚	1kg以内	380	34	414円

〒892-0842

鹿児島市東千石町14-10 天文館NNビル8階

鹿児島労働局労働基準部労災補償課

TEL 099-216-8616

FAX 099-227-4171