

レセプト用紙申込書（薬局用）

依頼日：令和 年 月 日

労災指定機関番号	薬局の名称		
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	
薬剤費請求書		指薬機様式 第1号	34729	72224	枚
薬剤費請求内訳書	短期	指薬機様式 第2号	34730	72225	枚
	傷病 年金用	指薬機様式 第3号	34731	72226	枚
アフターケア委託費請求書		実施要領 様式第6号	37701	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	37710	81205	枚

【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