

(送付先) 〒231-0006

横浜市中区南仲通 3-32-1 みなとファンタジアビル 5階

神奈川労働局 労災補償課 分室

TEL : 045-222-6625

FAX : 045-662-6615

注文用紙 (郵送用)

労災指定番号	医療機関住所・名称	ご担当者
	住所 (〒 -) 名称	担当者名 _____ 所属 _____ TEL _____

診療費

物品番号	請求書等の名称	請求枚数
7230	労働者災害補償保険診療費請求書 様式第 1 号	枚
7231	診療費請求内訳書(入院用) 様式第 2 号	枚
7232	診療費請求内訳書(入院外用) 様式第 3 号	枚
7233	診療費請求内訳書(入院用 傷)	枚
7234	診療費請求内訳書(入院外用 傷)	枚
		枚
		枚

アフターケア

物品番号	請求書等の名称	請求枚数
81201	アフターケア委託費請求書	枚
81203	アフターケア委託費請求内訳書	枚

郵送料

郵送料	120 円	140 円	210 円	250 円	390 円	580 円
用紙枚数	5 枚 (50 g)	14 枚 (100 g)	22 枚 (150 g)	42 枚 (250 g)	90 枚 (500 g)	190 枚 (1 kg)

* 用紙の種類や返信用封筒の重さによって、枚数が異なることがあります。

* 労災保険の請求書・内訳書の用紙は、労働局労災補償課分室で直接受け取ることができます。

手渡しで受け取り希望の FAX は、前日の午前中までにお問い合わせいたします。

* 郵便を希望される場合は **用紙右下に記されている物品番号を確認の上、必要枚数を記入して下さい。送り先住所を記入した返信用封筒 (A4 サイズ以上) に、合計枚数に見合う切手を貼って、ご郵送ください。**

(用紙は無料です。送料のみご負担をお願いします。)

* 宅急便による着払いの希望は、余白に『宅急便着払い』と記入のうえ FAX をお問い合わせいたします。