

(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

労災指定薬局番号	薬局住所・名称	ご担当者
	住所 (〒 -) 名称	担当者名 _____ TEL _____

薬剤費

物品番号	請求書等の名称	請求枚数
72224	労働者災害補償保険薬剤費請求書 様式第1号	枚
72225	薬剤費請求内訳書 (短期) 様式第2号	枚
72226	薬剤費請求内訳書 (長期) 様式第3号	枚

アフターケア

物品番号	請求書等の名称	請求枚数
81202	アフターケア委託費請求書 (薬局用)	枚
81205	アフターケア委託費請求内訳書 (薬局用)	枚

郵送料

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

* 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。

● 郵送での受け取りを希望される場合

注文用紙と返信用封筒をご郵送ください。

注文用紙：レセプト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

返信用封筒 (A4 サイズ以上)：送り先住所を記入し、合計枚数に見合う切手を貼付

● 労災補償課分室での受け取りを希望される場合

余白に「受け取り希望日」を記入のうえ、前日の午前中までに FAX をお願いいたします。