

労災レセプトオンライン添付書類送付書

令和 年 月分

労災指定
薬局番号

薬局名

担当者：

TEL：

添付資料内訳

* 5号（16号-3）用紙 件

* 6号（16号-4）用紙 件

*送信件数 件

《提出先》 〒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

神奈川労働局労働基準部労災補償課分室

TEL：045-222-6625