コピーしてお使いください

（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

　 【R6.12.9移転後】〒231-8434　横浜市中区北仲通５－５７　横浜第二合同庁舎１３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（R6.10.1～新料金）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **郵送料** | **140円** | **180円** | **270円** | **320円** | **510円** |
| **用紙枚数** | **5枚（50ｇ）** | **14枚（100ｇ）** | **22枚（150ｇ）** | **42枚（250ｇ）** | **90枚（500ｇ）** |

**＊**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うえ、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

　　　　（用紙は無料です。送料のみご負担お願いします）

* **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。