コピーしてお使いください

（送付先）　〒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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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** | **140円** | **180円** | **270円** | **320円** | **510円** |
| **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

　　　　（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。