

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。