



## 労災診療費請求書・診療費請求内訳書等の要求（次回用）

労災診療費請求書・診療費請求内訳書等が不足する場合は、裏面の様式に必要事項を記載の上、三重労働局労働基準部労災補償課分室に提出し受領して下さい。

注1) 要求にあたっては、労災指定病院の番号（24●●●●●）又は指定薬局の番号（244●●●●●）を記載して下さい。

注2) 記載にあたっては、現在使用している診療費請求内訳書の物品番号及び帳票番号を確認して下さい。

注3) 名称を記載して下さい。

注4) 至急必要な場合は、事前にメールまたは電話で連絡をお願いします。  
（土、日、祝日、年末年始はお受けできません。）

注5) 様式変更のなかったものについて、元号記入欄に「令和」を記載する場合は、「9」を使用して下さい。

三重労働局労働基準部労災補償課分室

〒514-0033 津市丸の内26-8 津合同庁舎4階

TEL (059)213-5511

メール [24rousai-iryuu@mhlw.go.jp](mailto:24rousai-iryuu@mhlw.go.jp)