

労災指定医療機関用レセプト用紙等請求申込書（単票用）

郵送先

長野労働局労働基準部労災補償課分室 あて

〒380-0846

長野市旭町1108番地 長野第二合同庁舎 4階 026-480-0707

下記のレセプト用紙の発送をお願いします。

令和 年 月 日

1 単票（用紙が1枚ごとに分かれていて主に手書きで使用するもの）

整理番号	種 類	帳票番号	物品番号 1	所要数 2
単 - 1	診療費請求書	34720	7230	枚
単 - 2	診療費請求内訳書 入院用	34721	7231	枚
単 - 3	診療費請求内訳書 入院外用	34722	7232	枚
単 - 4	傷病 診療費請求内訳書 入院用	34723	7233	枚
単 - 5	傷病 診療費請求内訳書 入院外用	34724	7234	枚
単 - 6	二次健康診断等費用請求書	38700	72615	枚
単 - 7	二次健康診断等費用請求内訳書(4枚複写)	38701	72620	枚
単 - 8	アフターケア委託費請求書	37700	81201	枚
単 - 9	アフターケア委託費請求書内訳	37702	81203	枚

2 分室からのお願いと注意事項

- 1 用紙右下に記載されている物品番号を確認して下さい。
- 2 所要数は約6か月間の使用見込数を記入して下さい。

3 レセプト用紙等送付先

労災指定番号		電話番号	-	-	担当者名	
--------	--	------	---	---	------	--

医療機関の所在地

〒 -

医療機関の名称

上記の用紙を送付します。

長野労働局労働基準部労災補償課分室

(R5.4)

労災指定医療機関用レセプト用紙請求申込書（連続用紙用）

郵送先

長野労働局労働基準部労災補償課分室 あて
〒380-0846
長野市旭町1108番地 長野第二合同庁舎 4階 026-480-0707

下記のレセプト用紙の発送をお願いします。

令和 年 月 日

1 連続用紙（用紙がミシン目でつながっていて主にコンピュータの印書用として使用するもの）

整理番号	種 類	帳票番号	物品番号 2	所要数 3
連 - 1	診療費請求書内訳書（続紙） 1		72213	枚
連 - 10	アフターケア委託費請求内訳書（続紙）		81214	枚

（1）記入枠の大きさが大きいもの 4

整理番号	種 類	帳票番号	物品番号 2	所要数 3
連 - 2	診療費請求内訳書 入院用	34721	7235	枚
連 - 3	診療費請求内訳書 入院外用	34722	7236	枚
連 - 4	傷病 診療費請求内訳書 入院用	34723	7237	枚
連 - 5	傷病 診療費請求内訳書 入院外用	34724	7238	枚

（2）記入枠の大きさが小さいもの 4

整理番号	種 類	帳票番号	物品番号 2	所要数 3
連 - 6	診療費請求内訳書 入院用	34725	7239	枚
連 - 7	診療費請求内訳書 入院外用	34726	72220	枚
連 - 8	傷病 診療費請求内訳書 入院用	34727	72221	枚
連 - 9	傷病 診療費請求内訳書 入院外用	34728	72222	枚

2 分室からのお願いと注意事項

- 1 続紙は連続用紙のみです。ご注意ください。
- 2 用紙右下に記載されている物品番号を確認して下さい。
- 3 所要数は約6か月間の使用見込数を記入して下さい。
- 4 連続用紙には労保番号等の記入枠の大きさが大きいものと小さいものと2種類ありますのでご注意ください。

3 レセプト用紙送付先

労災指定番号		電話番号	- -	担当者名	
--------	--	------	-----	------	--

医療機関の所在地

〒 -

医療機関の名称

上記の用紙を送付します。

長野労働局労働基準部労災補償課分室（R5.4）