

労災指定薬局用レセプト用紙請求申込書

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 2	所要数 1
薬 - 1	薬剤費請求書	34729	72224	枚
薬 - 2	薬剤費請求内訳書	34730	72225	枚
薬 - 3	傷病 薬剤費請求内訳書	34731	72226	枚
薬 - 4	アフターケア委託費請求書(薬局用)	37701	81202	枚
薬 - 5	アフターケア委託費請求書内訳(薬局用)	37710	81205	枚

2 お願いと注意事項

- 1 所要数は約6か月間の使用見込数を記入して下さい。
- 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 レセプト用紙送付先

指定薬局番号		電話番号	-	-	担当者名	
--------	--	------	---	---	------	--

薬局の所在地

〒 -

薬局の名称

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)