

(大阪局様式)

労災レセプト電算処理システム 添付書類提出票（医科・歯科用）

労災指定医療機関 指 定 番 号 27
所 在 地
名 称
代表者氏名

令和 年 月 日、電子レセプトにより 請求した 労災診療費添付書類を
請求予定の
下記のとおり、提出します。

記

- | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1 | 様式 第5号・第16号の3請求書枚数 | <u> </u> 枚 |
| | 様式 第6号・第16号の4変更届枚数 | <u> </u> 枚 |
| 2 | 労災リハビリテーション計画書枚数 | <u> </u> 枚 |
| 3 | 手術詳記・記録等の枚数 | <u> </u> 枚 |
| 4 | その他（ ）の枚数 | <u> </u> 枚 |

提出先 〒540-0003
大阪府中央区森ノ宮中央1-15-10
大阪中央労働総合庁舎 3階
大阪労働局 労働基準部 労災補償課
労災保険医療審査センター

- ※ 電子レセプト締切日（毎月10日）までに到着するように送付願います。
- ※ 本様式をコピーして使用してください。