

労災薬剤費請求書・レセプト用紙等 注文票

以後、この用紙をコピーしてご使用ください

(レセプト用紙は無料です。郵送希望の場合は郵送料をご負担ください。その取扱いについては下記注文方法をご参照ください)

労災指定番号(8桁)	用紙送付先の薬局所在地・名称	
274	所在地	(〒 -)
	名称	(電話 - -)

薬剤費

送付分 チェック	請求書(帳票)等の名称	指薬機 様式	帳票番号	物品番号	注文枚数
	労働者災害補償保険 薬剤費請求書	第1号	34729	72224	枚
	薬剤費請求内訳書	第2号	34730	72225	枚
	薬剤費請求内訳書 (傷)	第3号	34731	72226	枚

アフターケア

送付分 チェック	請求書(帳票)等の名称	実施要 領様式	帳票番号	物品番号	注文枚数
	アフターケア委託費請求書(薬局用)	第6号	37701	81202	枚
	アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)	第6号 の2	37710	81205	枚

※ 一回の請求枚数は、原則、貴薬局で使用される3か月分程度の数量を目安にご請求ください。

(注文方法)

上記記載の請求書、内訳書用紙の郵送を希望される場合は、お手数ですが、

- ① 上記「注文票」に注文者名、および注文枚数欄に必要枚数を記入し、
- ② 返信用封筒に、所要の郵便切手を貼付し(下記の郵送料金ご参照ください)
- ③ 返信用封筒には、送付先の宛名を必ず記入の上、

下記の注文票送付先にお送りください。

(返信用封筒に受取人の宛名を明記されていない場合送付の遅れることがあります)

注文票送付先

〒540-0003 大阪市中央区森ノ宮中央1丁目15-10 3階
大阪労働局 労災補償課 審査部
電話 06-7711-0740

用紙等の参考郵送料(ここに記載の枚数は、あくまでも目安のもので、封筒、用紙の紙質等で、多少異なる場合がございます)

枚数(単票)	4枚まで	14枚まで	22枚まで	40枚まで	85枚まで	備考
郵送料	120円	140円	210円	250円	390円	A4サイズ 又は 定形外の大きさで規格内(34×25×3cm以内)の場合これより大きなものは規格外料金となる
郵便料金が改定されれば、改定郵送料金表に応じて変更となります。						

(令和2.8.1現在)