

(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（調剤用）

労災指定薬局 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 労災薬剤費添付書類を
下記のとおり、提出します。 請求予定の

記

- 1 様式 第5号・第16号の3
第6号・第16号の4請求書枚数 _____ 枚
- 2 その他（ ）の枚数 _____ 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。