

## レセプト用紙請求申込書（指定薬局用）

労災指定番号		
薬局の名称		
薬局の所在地	〒            -	担当者氏名
電話番号	(            )	

### 請求される薬局用レセプト用紙

種 類	帳票番号	所 要 数
薬 剤 費 請 求 書	3 4 7 0 1	枚
薬 剤 費 請 求 内 訳 書	3 4 7 1 0	枚
薬 剤 費 請 求 内 訳 書 ( 傷 病 年 金 受 給 者 用 )	3 4 7 1 1	枚

### 『お願い』と『注意事項』

- 1 必要な用紙の枚数を該当欄に記入してください。
- 2 レセプト用紙の申し込みは、FAX又はメールで当局が依頼している委託発送の  
(株)光菱をお願いします。(郵送料は着払いとなります。)  
毎月末締め、翌月10日発送となります。

#### 申込書請求先

〒362-0806  
 北足立郡伊奈町小室1411  
 ダイヤ流通(株)埼玉営業所内  
 株式会社 光菱(みつびし)  
 TEL: 03(3233)0102  
 FAX: 03(3233)4779  
 E-mail: dai2eigyou@mitsu-bishi.co.jp