

労災請求書等送付票(紙媒体)

滋賀労働局長 殿

労働者災害補償保険診療費請求書及び労災診療費・薬剤費明細書をオンライン又は電子媒体で請求していますので、下記書類について送付します。

令和 年 月分

指 定 医 療 機 関 ・ 薬 局 番 号

- ☒ 電子レセプト送信日
☐ 電子媒体(CD等)発送日

いずれかに“●”をしてください。

令和 年 月 日

令和 年 月 日

郵便番号

所在地

請求人の

名称

責任者氏名

電話番号

書 類 名 称	枚 数
「(様式第5号)療養補償給付たる療養の給付請求書」	枚
「(様式第16号の3)療養給付たる療養の給付請求書」	枚
「(様式第6号)療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届」	枚
「(様式第16号の4)療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等(変更)届」	枚
「診機様式第1号の2)検査に要した費用等請求書(指定医療機関用)」及び「同レセプト」	組
「労災リハビリテーション評価計画書」	枚
	枚
	枚
	枚