

(労災) 光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出

労災保険指定医療機関から都道府県労働局への光ディスク等を用いた費用の請求を (開始) ・ 変更) することを届け出ます。

また、労災レセプト電算処理システム利用規約に同意します。

平成 26 年 1 月 1 日

住所 ○○県○○市○○町

○○労働局

御中

開設者

代表取締役

氏名 労災 レセ子

印

労災指定医療機関番号	12345678	点数表区分	医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤							
労災指定医療機関名	○○総合病院	電話番号	(1 2) 3 4 5 — 6 7 8 9							
労災指定医療機関所在地	○○県○○市○○町○○—○	郵便番号	1	2	3	—	4	5	6	7
レセコンのプログラム名称	労災レセコン E X									
レセコンのソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)	労災電子 (株)									
請求開始・変更年月	平成 26 年 2 月請求分から								※ 受付印	
電子媒体	C D		F D			M O				
記録形式	M S - D O S / C S V 形式									
確認試験の実施	実施済 ・ 実施予定 ・ 無 (予定無し)									
備考										

※労災保険指定医療機関とは、労災保険指定病院、労災病院及び労災保険指定薬局のことをいう。

作成要領

- 1 この様式は、光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするとき、労災指定医療機関の所在する都道府県労働局に医科、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、歯科及び調剤の別を医科・歯科・調剤のいずれかに○で囲む。
- 4 「労災指定医療機関番号」、「労災指定医療機関名」及び「労災指定医療機関所在地」欄には、労災保険指定医療機関指定通知書の「指定番号」、「名称」「所在地」の内容を記入する。
- 5 「レセコンのプログラム名称」欄には、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「レセコンのソフトメーカー名」欄には、レセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 7 「請求開始・変更年月」欄には、光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療費（調剤費）の請求年月を記入する。
- 8 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。