

労災診療費請求書等用紙請求申込票(指定薬局用)

請求申込日【 . . 】

労災指定薬局番号		
指定薬局の名称		
指定薬局の所在地 (送付先)	〒 -	担当者名
電話番号	()	

○診療費関係

種類	物品番号	(帳票種別)	所要数(枚)
薬剤費請求書	72224	34729	
薬剤費請求内訳書(短期)	72225	34730	
薬剤費請求内訳書(長期)	72226	34731	

○アフターケア委託費関係

種類	物品番号	(帳票種別)	所要数(枚)
アフターケア委託費請求書(薬局用)	81202	37701	
アフターケア委託費請求内訳書(薬局用)	81205	37710	

○その他の用紙及び所要数(具体的な名称を記載のこと)

--

※所要数は概ね、年間分の使用数を目安に記入して、郵送をお願いします。

※在庫の都合で所要数全てを送付できない場合もありますのでご了承ください。

※レセプトの提出時に、申込票を同封されても構いません。

請求申込票提出先

〒690-0841

松江市向島町134番10 松江地方合同庁舎4階

島根労働局労働基準部労災補償課分室

TEL: 0852(60)0855